Rocznik VIII Styczeń - Luty 1930 Nr. 1

POLSKA STOMATOLOGJA

ORGAN INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO UNIW. JANA KAZIMIERZA, ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ, CENTRALNEJ RADY LEKARZY DENTYSTÓW RZECZYPOSP. POLSKIEJ, POL. KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYN. ZWIĄZKU DENT. (F. D. I.), SEKCJI POLSKIEJ MIĘDZYN. ZWIĄZKU STOMATOLOGICZNEGO (A. S. I.) ORAZ STAŁEJ DELEGACJI POL. ZJAZDÓW STOMALOGICZNYCH.

REDAKCJA POLSKIEJ STOMATOLOGJI:
Naczelny redaktor: Prof. Dr. ANTONI CIESZYŃSKI. Redaktor Działu Sprawozdawczego i piśmiennictwa: Dr. Henryk ALLERHAND. Admin.: Dr. Karol ATLAS.
ADRES REDAKCJI i ADMINISTRACJI: Lwów, ul. Zielona 5a, Nr. telefonu 11-75

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

Cena niniejszego zeszytu 6 zł.

Prenumerata:

Rocznie (6 numerów) . . . . 30 zł.
Półrocznie (3 numery) . . . 15 zł.

Możliwość dopłaty zastrzega sobie Administracja w razie powiększenia kosztów produkcji.

Ceny dawniejszych roczników:

1923, 1924 wyczerpane
1925—1927 à . . . . 24 zł.
1928—1929 à . . . . 30 zł.
Księga pamiątkowa z r. 1923 } à 16 zł.
„ „ z r. 1928 }

Konto PKO „POLSKA DENTYSTYKA" 151.717

Od Redakcji.

Dnia 1 stycznia 1923 roku ukazał się pierwszy zeszyt „Polskiej Dentystyki" jako miesięcznik, poświęcony wszystkim działom stomatologji i naukom pokrewnym.

W latach następnych trudności inkasa prenumeraty jak i technicznej natury zmusiły nas do przekształcenia pisma na dwumiesięcznik. Z rokiem ubiegłym wyszedł VII. rocznik naszego pisma. Objętość roczników wahała się od 250 — 253 stronic. Razem wydaliśmy w 7-miu latach 2427 stron, czyli że przeciętna objętość rocznika wynosiła stron 347.

Pomimo że pismo nasze wychodzi jako dwumiesięcznik, jest ono wśród polskich dentystycznych pism pod względem rozmiaru roczników i treści najobszerniejsze, a zarazem najtańsze. W ubiegłem siedmioleciu wydała „Polska Dentystyka" 2 księgi pamiątkowe; pierwszą w r. 1923 poświęcono I. Zjazdowi stomatologicznemu we Lwowie, drugą w r. 1928 poświęcono III. Zjazdowi stomatologicznemu w Krakowie i jubileuszowi katedry stomatologji przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

W r. 1924 poświęcony był jeden numer XXI-emu zjazdowi chirurgów polskich, w r. 1925 III. Zjazdowi stomatologicznemu w Warszawie, a w r. 1929 IV. Zjazdowi stomatologicznemu w Wilnie.

„Polska Dentystyka" jest od chwili założenia pisma organem Instytutu dentystycznego Uniwersyetu J. K. i Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej; z biegiem czasu stała się także organem Centralnej Rady Lekarzy-dentystów Rz. P., Polskiego Komitetu Narodowego Międzynarodowego Związku dentystycznego (F. D. I.) oraz Stałej Delegacji Polskich Zjazdów stomatologicznych. Także Związek Lekarzy-dentystów Chrześcijan umieszcza w „Polskiej Dentystyce" swoje komunikaty, tak samo i Sekcja Polska Międzynarodowego Związku stomatologicznego (A. S. I.).

Na treść artykułów oryginalnych składały się przedewszystkiem prace Instytutu dentystycznego Uniw. J. K. oraz szereg prac autorów zamieszkałych w całej Polsce.

W „Polskiej Dentystyce" umieściliśmy szereg artykułów oryginalnych autorów zagranicznych, jak niemieckich (Dieck, Fischer, Pichler), francuskich (Herpin, Roy, Tellier), włoskich (Taviani, Chiavaro, Coën-Cagli), norweskich (Ottesen), duńskich (Melchor), dając czytelnikom możność zapoznania się z pracami autorów zagranicznych.

W dziale referatowym dawaliśmy krótkie streszczenia z piśmiennictwa całego świata, uwzględniając również w szerokim zakresie piśmiennictwo amerykańskie. Ciągła walka o brak miejsca nie dozwoliła nam na rozszerzenie działu sprawozdawczego do tych rozmiarów, jak myśmy pragnęli i jak uważaliśmy za potrzebne. Ręce mieliśmy związane budżetem i świadomością, że abonament roczny nie może przekroczyć sumy sakramentalnej 24 złotych. Ponadto oddawaliśmy około 250 egzemplarzy po cenach poniżej własnej produkcji, pokrywając sami deficyt 20% przy abonamencie zbiorowym opłacanym przez jedną organizację, gdyż nie mogliśmy uzyskać pełnej rekompensaty własnych kosztów. Około 150 egzemplarzy rozsyłanych zostało bezpłatnie jako egzemplarze wymienne i przeznaczone dla większych bibljotek świata. Kontakt z międzynarodową nauką został utrzymany w ten sposób, że tytuły wszystkich artykułów prac oryginalnych umieszczane zostały w dwóch obcych językach, a streszczenia artykułów w języku francuskim lub niemieckim.

„Polska Dentystyka" stała się pionierem stomatologji polskiej nietylko w kraju ale i zagranicą. Streszczenia przeważnej ilości artykułów oryginalnych zostały drukowane w pismach zagranicznych.

Treść pisma staraliśmy się zawsze utrzymać na wysokim poziomie naukowym. Starannie zostały przeglądane wszelkie referaty, ażeby uniknąć błędów w podawaniu treści.

Materjał ogłoszony świadczy o tem, że nie możemy już mówić dzisiaj tylko o dentystyce, o sprawach chorobowych złączonych wyłącznie z zębem i jego leczeniem. Każdy bowiem artykuł oryginalny, każdy referat świadczy o tem, jak dentystyka ściśle związała się z medycyną i z naukami przyrodniczemi. Prace ogłoszone w rocznikach wskazują na ścisłą łączność z innemi gałęziami medycyny i stanowią dowód, że „Polska Dentystyka" nie jest tylko pismem dentystycznem, ale pismem stomatologicznem.

Dlatego też postanowiła Redakcja pisma od 1. stycznia 1930 r. zmienić nazwę pisma na „Polska Stomatologja", przez co zostaje zaznaczony wyraźnie charakter pisma.

Niema być przez to powiedziane, że pismo to przeznaczone jest wyłącznie dla stomatologów, a nie dla lekarzy-dentystów, że ma służyć do pogłębienia różnicy między stomatologami a lekarzami-dentystami. Przeciwnie; już w pierwszym roczniku pisma naszego ogłosiliśmy hasło „Jednością silni!"; przez całe 7 lat nie pojawił się ani jeden artykuł, ani jedno słowo nasze, któreby chciało wprowadzić zamęt między temi dwoma kategorjami specjalistów. I istotnie udało się nam przekonać czytelników, że niema dentystyki bez stomatologji, jak niema stomatologji bez medycyny.

Polskie zjazdy dentystyczne przybrały nazwę „Zjazdów stomatologicznych". Już w r. 1918 oświadczyli delegaci wszystkich polskich organizacyj dentystycznych, że ideałem jest studjum stomatologiczne i że do tego ideału dążyć będziemy.

Ostanie dwa posiedzenia Związku Docentów wypowiedziały się za unifikacją studjów dentystycznych i stomatologicznych w Polsce i za rozszerzeniem studjów dentystycznych w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie do 5, wzgl. $5^1/_3$ roku, ażeby studja w naszej specjalności tak samo długo trwały jak studja lekarskie i nosiły odtąd nazwę nie studjów dentystycznych lecz stomatologicznych.

Obecnie w 8-mym roku rozpoczynamy pracę wprawdzie pod inną nazwą, ale wierni starej tradycji, licząc na poparcie i sympatję Kolegów również wielką, jak dotychczas.

Pismo nasze i nadal pracować będzie pod hasłem „Jednością silni", aby w ten sposób zapewnić rozwój naszej specjalności i stworzyć jednolity front w obronie naszych interesów zawodowych.

Rozmiary pisma powiększamy do czterech arkuszy w każdym numerze. Z tego też powodu abonament roczny podwyższony zostanie do 30 zł., a półroczny do 15 zł.

We Lwowie, w styczniu 1930 r.

Redakcja „Polskiej Stomatologji".

Z Instytutu dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Cieszyński.

Zast. Prof. JÓZEF JARZĄB, POZNAŃ.
b. asyst. Instytutu dent. U.J.K.

KLINICZNE, ROENTGENOLOGICZNE, ANATOMO - PATOLOGICZNE WYNIKI BADAŃ ZĘBÓW PO ODCIĘCIU WIERZCHOŁKA KORZENIOWEGO *).

Resultats cliniques roentgenologiques et anatomo-patologiques de l'examem des dents après la résection de l'apex de la racine.

Klinische, roentgenologische und pathologisch-anatomische Untersuchungen nach der Wurzelspitzenresektion.

Doc. pol. 50.21 23.81 26.63 Doc. int. 616.314.16.5089.87

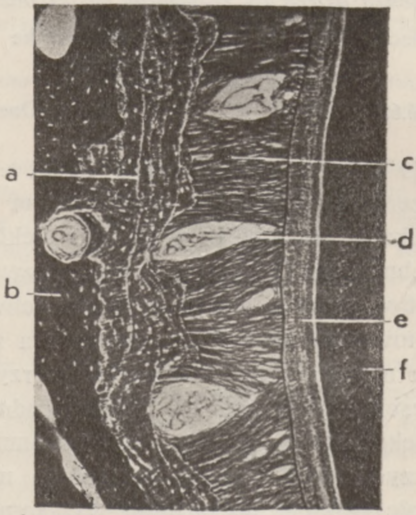
Jeszcze do dziś dnia, a więc przeszło 40 lat od pierwszego zastosowania resekcji korzenia utrzymuje się zdanie nawet w kołach lekarskich, że odcięcie wierzchołka korzeniowego przy przewlekłych i ropnych sprawach zapalnych ozębnej osłabia prawidłową sprawność zęba w żuciu i skraca jego trwałość w szczęce, przez szybkie rozchwianie i wypadnięcie. Objawom tym mają towarzyszyć bolesne powikłania ze strony gojącej się rany poresekcyjnej, a nawet — jak twierdzą niektórzy — rany poekstrakcyjne po nieudałej resekcji mają goić się daleko trudniej niż rany po ekstrakcji zębów nieresekowanych. Dlatego też wspomniane sprawy chorobowe starają się leczyć raczej niepomiernie długo metodami zachowawczemi i zadowalają się całkiem wątpliwemi wynikami, albo też chwytają się najradykalniejszej metody t. j. usunięcia danego zęba i zastąpienia go sztucznym.

Rozwiązywanie tej kwestji w ten sposób jest dziś przeżytkiem i jest zarazem cofaniem wielkiego dorobku dentystyki o dziesiątki lat wstecz. Przeżytek ten z konieczności stosujemy przy zębach bocznych i wielokorzeniowych z powodu trudności operacyjnych. Znam jednak przypadki, gdzie po odcięciu podniebiennego korzenia lub jednego z policzkowych u pierwszych trzonowców udało się na długie lata zęby te uratować.

Sprawność zęba w zębodole i jego siła zgryzowa zależną jest od zdrowej tkanki zwanej ozębną, która łączy cement korzeniowy z kością zębodołu funkcjonalnie w jedną całość. Tkanka ta tworzy pojedyncze wiązki włókienek, które swoim układem promienistym łączą całą powierzchnię korzenia z zębodołem, przezco ząb jest niejako zawieszony niezliczonemi

*) Wykład wygłoszony na IV Pol. Zjeździe Stomatologicznym, czyli Sekcji XII Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich w Wilnie dnia 29 września 1929.

drobnemi pęczkami włókienek. Najsłabsze i bardzo nieliczne włókienka znachodzimy w okolicy szczytu korzenia i na samym szczycie. Przy szyjce zęba na przekroju poprzecznym biegną one horyzontalnie, głębiej zaś w kierunku szczytowym ukośnie, przyczem przyczep w kości zębodołu leży bliżej szyjki zęba, niż przyczep w cemencie korzenia, a wskutek tego włókienka te naprężają się przy wciskaniu zęba w kierunku jego osi i ochraniają okolicę szczytową (naczynia i nerwy) przed uciskiem przy większych ekskursjach (Ryc. 1).



Ryc. 1. Poprzeczny przekrój dolnego zęba siecznego: a) beleczki kostne zębodołu, b) płytki kostne zębodołu, c) poprzeczne więzadło, d) przestrzeń naczyniowo-nerwowa, e) cement korzenia, f) zębina. (Sicher Fort. d. Z. 1928, str. 259.).

Aparat ten więzadłowy rozmieszczony na klinowej powierzchni korzeni tłumaczy nam również, dlaczego zęby mimo ciągłego silnego ucisku w kierunku osi nie wciskają się wgłąb zębodołu a w okolicy szczytowej nie mamy z tego powodu zmian zanikowych.

F u n k c y j n i e w i ę c w i d z i m y, ż e s a m s z c z y t k o r z e n i a n a j m n i e j s z e m a z n a c z e n i e, a b r a k j e g o z u p e ł n i e n i e m o ż e z a s a d n i c z o w p ł y n ą ć n a o s ł a b i e n i e s i ł y z g r y z u.

W praktyce potwierdza się to zupełnie. W miarę ustępowania stanu zapalnego w szczytowej ozębnej siła zgryzu mierzona zgryzometrem H a b e r a[1]) wzrasta i często już po 5 dniach od operacji osiąga normalną cyfrę kontrolowaną siłą zgryzu odpowiedniego zęba po przeciwnej stronie.

[1]) Dla pomiaru siły zgryzu pojedynczych zębów dostosowałem do zgryzometru Habera wkładki kauczukowe z odpowiedniem zagłębieniem.

Rodzaj przygotowania korzenia		Ilość	Osiągnięto wygojenie		Wygojenie nie nastąpiło
			per primam	per secundam	
Wypełnienie przewodu korzeniowego	przed operacją parafiną	26	23	1	2
	w czasie operacji amalgamem	11	5	4	1

Zestawienie rodzaju przygotowania oraz zaopatrzenia przewodów korzeniowych i sposobu w jaki osiągnięto wygojenie.

Widzimy tu, że po wyleczeniu korzenia tak wypełnienie parafiną przed operacją jak też i wypełnienie amalganem w czasie operacji, daje jednakowo dobre wyniki. Większą ilość wygojeń szybkozrostem przy wypełnieniu parafiną należy odnieść przy tych przypadkach do łagodnie przebiegającej sprawy chorobowej, która umożliwiła ten rodzaj wypełnienia, a przedewszystkiem bezpośrednie zaszycie rany.

Drugi rodzaj wypełnienia mówi zazwyczaj o sprawach ostrych i ropnych, przy których rany poresekcyjne zostawiamy otwarte, niekiedy zakładamy seton dla odpływu wysięku i wskutek tego goją się one znacznie dłużej *„per secundam"*.

Trzy przypadki niewygojenia polegały na niedostatecznem odkażeniu i wypełnieniu przewodu(pozostawiona wata w przewodzie). W dwóch przypadkach ponownie przeleczono korzeń i powtórzono resekcję. W przypadku 3-cim ząb usunięto.

Niektórzy operowani mimo wygojenia i prawidłowej funkcji zęba uskarżali się na bóle w kości szczękowej w miejscu operacji w związku z wilgotną pogodą. Bóle te jednak nie były zbyt silne i nie trwały długo. Więcej niemiłem następstwem przy resekcji tak górnych jak i dolnych zębów, zwłaszcza przedtrzonowców, było dłuższy czas utrzymujące się uczucie znieczulenia wargi, które stwierdziłem u 9 operowanych. Znieczulenie to powstało wskutek uszkodzenia i przerwania gałązek nerwowych w czasie operacji i trwało tak długo, dopóki nie nastąpiła ich regeneracja, co przeciągało się nieraz do $1^1/_2$ roku i dłużej.

Najbardziej z badań klinicznych zasługuje na uwagę zachowanie się siły zgryzu zębów resekowanych w stosunku do zębów nieresekowanych, kontrolowanych po przeciwnej stronie.

Łatwo zrozumiałem będzie, że jeżeli w przebiegu ozębnej mamy sprawy zapalne przyzębne to znaczy, jeżeli ten aparat więzadłowy jest na pewnej przestrzeni przyszyjkowej upośledzony w swej czynności podtrzymującej ząb w zawieszeniu, poprawa taka przez odcięcie wierzchołka korzeniowego nie nastąpi, a przeciwnie możemy się spotkać z wypadnięciem zęba, ponieważ jego umocnienie w zębodole jest nadwyrężone chorobą inną. Stwierdziłem, że sprawy parodontalne tak dalece upośledzają funkcję zębów, że np przy wytworzeniu się kieszonek dziąsłowych na głębokość $^1/_3$ korzenia, wytrzymałość zgryzowa takiego zęba wynosi zaledwie 15 — 20% jego siły pierwotnej, to znaczy jeżeli siła zgryzu np. siekacza górnego wynosiła normalnie 18 kg, to przy kieszonkach obejmujących $^1/_3$ korzenia wynosi około 2 — 3,5 kg.

Podobnie również mogą się zachowywać ostre lub ropne sprawy zapalne obejmujące znaczniejszą przestrzeń ozębnej i okostnej, które przez nacięcie i trepanację zęba należy sprowadzić do stanu przewlekłego i potem dopiero wykonać resekcję korzenia, celem ostatecznego usunięcia źródła podtrzymującego zapalenie.

Nienależyte wyjałowienie przewodu korzeniowego przed operacją, a przedewszystkiem niezabezpieczenie go przed wtórnem zakażeniem przez odpowiednie trwałe wypełnienie, stwarza *status quo ante* i daje niepowodzenie po resekcji.

Pozatem jednak wszystkie metody operacyjne, które prowadzą do oczyszczenia zakażonej okolicy okołoszczytowej t. j. do usunięcia tkanki ziarninowej i nieodkażonej reszty korzenia, powinny dać wyniki dobre.

Stan kliniczny taki, w którym chory nie odczuwa żadnych dolegliwości, a ząb na którym wykonano odcięcie wierzchołka korzeniowego po wygojeniu, pełni trwale prawidłową funkcję, jest wynikiem osiągniętego celu, jest wynikiem dobrym.

Dla wykazania tego zebrałem z okresu siedmioletniego mojej asystentury, materjał kliniczny Instytutu dentystycznego U. J. K. i materjał prywatny ogółem 268 przypadków, z których do badania kontrolnego stawiło się 37. Materjał ten odpowiednio rozgrupowany ze względu na sposób przygotowania korzenia i wynik pooperacyjny, przedstawiam poniżej.

1	**1**	**3**	**4**	**7**	**5**	**5**	**4**	**1**	**2**
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5
			2	1	1				
			1	**2**	**1**				

Cyfry tłuste nad znakami zębów oznaczają ilość odpowiednich zębów resekowanych i kontrolnie zbadanych.

Siła ta mierzona w kilogramach dorównuje prawie zupełnie sile zębów zdrowych nieoperowanych, którą jeszcze po latach można stwierdzić. Spadek tej siły, jej ogromna różnica w stosunku do kontrolnego zdrowego zęba mówi nam o stale utrzymującym się stanie zapalnym, o niewygojeniu się rany poresekcyjnej.

Zęby górne	1		2		3		4		5	
	r	k	r	k	r	k	r	k	r	k
Siła zgryzowa w kg	2	14	4	7	17	17	9	11	14	16
	10	10	9	11	21	22	15	15	9	11
	8	11	5	11	15	16			7	9
	16	15	8	8	18	18				
	2	12	1	6	14	13				
	18	18	3	7	18	18				
	12	12	7	7	13	15				
	7	9	9	11						
	9	9	5	7						
	14	15								
	5	5								
	17	17								

Siła zgryzu mierzona zgryzometrem Habera podana w kg. Cyfry u góry wskazują rodzaj zębów, r = zęby resekowane, k = kontrolowane siłą zgryzu tych samych zębów po przeciwnej stronie.

Bakterjologicznie w ranach niewygojonych poresekcyjnych oprócz przeróżnych ziarnkowców gramo-dodatnich i gramo-ujemnych znachodziłem gronkowca białego i łańcuszkowca słabo hemolizującego.

Sprawy wygojenia jak też i wytworzenia się tkanki kostnej w miejscu ubytku w szczęce (spowodowanego dłutem czy też frezą przy resekcji), możemy śledzić na serjach obrazów roentgenologicznych, robionych co pewien okres czasu. *Na Tabl. I. Ryc. 1.* widzimy zmiany okołoszczytowe, na szczytach korzeni zębów 3| i 2|. Zmiany te charakteryzują się jaśniejszem, o nieregularnych granicach polem okołoszczytów korzeni, w którem to polu gubią się prawidłowe linie ozębnej biegnące po obydwu stronach wzdłuż korzenia. Jest to obraz przewlekłego zapalenia



Ryc. 1. Zmiany okołoszczytowe wierzchołków korzeni zęba. $\underline{3|}$ i $\underline{2|}$.



Ryc. 2. Obraz ten sam po wykonaniu resekcji korzeni $\underline{3|}$ i $\underline{2|}$. Pole jasne wskazuje na ubytek kostny wytworzony dłutem podczas resekcji.



Ryc. 3. Znaczne zmniejszenie ubytku kostnego po 5-ciu miesiącach od resekcji.



Ryc. 4. Zupełne wypełnienie ubytku kostnego po $1\frac{1}{2}$ roku. Na korzeń nałożono ząb ćwiekowy.

ozębnej. Ząb 2| przedstawia się jako korzeń, który po wyleczeniu ma otrzymać ząb ćwiekowy. Ponieważ stosowane zachowawcze leczenie nie dało pożądanych wyników mimo tak małych zmian okołoszczytowych, utrzymywała się ciągła bolesność na ucisk, wykonano odcięcie obydwu wierzchołków korzenia *Tabl. I. Ryc. 2.*

Wybija się tu przedewszystkiem znacznie powiększone pole jasne około skróconych nieco na roentgenie szczytów korzeni zębów 3| i 2| Pole to jest obrazem ubytku kostnego w szczęce jako następstwo usunięcia zmian okołoszczytowych przez wydłutowanie zewnętrznej blaszki kostnej i wygładzenie brzegów ubytku frezą. Znaczne zmniejszenie tego pola widzimy po 5 miesiącach *Tabl. I. Ryc. 3.*

Zupełne jednak wypełnienie ubytku prawidłową strukturą kostną mamy dopiero po 1½ roku *Tabl. I. Ryc. 4.* Widzimy tu znowu prawidłową linję ozębnej, która w okolicy szczytu nie przerywa się ale przebiega jednakowo. Poza wytworzeniem się bowiem struktury kostnej nastąpiło wytworzenie się normalnej tkanki ozębnej w miejsce usuniętej wraz z ziarniniakiem. Ozębna ta w dalszym ciągu warunkuje prawidłową sprawność zęba.

Sprawy te postępują daleko raźniej, jeżeli w czynności odbudowy kostnej, bierze udział także i okostna. Zdolność ta może jednak być nadwyrężona sprawami ropnemi wychodzącemi w ozębnej, dlatego też często w czasie operacji musimy również usunąć i zmienioną część okostnej.

O ile przewód korzeniowy w czasie leczenia jest wilgotny i mimo dostatecznego odkażenia ciągle sączy, wypełnienie go czopkami parafinowemi nie powiedzie się, parafina bowiem nie będzie przylegać do wilgotnych ścian przewodu i nie będzie ochroną przed wtórnem zakażeniem, dlatego wypełniamy przewód w czasie operacji amalgamem od szczytu.

Na *Tabl. II. Ryc. 1.* (przypadek II) widzimy dość rozległe zmiany okołoszczytowe zęba 3|. Po ścięciu wierzchołka *Tabl. II. Ryc. 2.* wypełniono korzeń amalgamem. Na zdjęciu roentgenowskiem wykonanem po 2 latach widzimy zupełne wypełnienie ubytku prawidłową strukturą kostną. *Tabl. II. Ryc. 3.*

Również przy operacji torbieli, zęby które obnarzonymi korzeniami tkwią w jamie torbielowej możemy zachować, jeżeli wykonamy resekcję korzeni i wypełnimy ich szczyty amalganem *Tabl. II. Ryc. 4.*

Trwałość zębów z odciętym wierzchołkiem korzeniowym nie ustępuje w niczem zębom tak zwanym martwym, pozbawionym miazgi i wyleczonym. Wynika bowiem z jednakowych fizjologicznych stosunków uwarunkowanych odżywczą rolą ozębnej. Dzięki temu wszystkie zęby pozbawione miazgi nie są traktowane przez organizm jako ciała obce, ale długie lata jeszcze spełniać mogą swoją rolę w zgryzie bez zarzutu. Jest to zasadnicza różnica jaka zachodzi między zębami implantowanemi, które zaw-

J. Jarząb. Kliniczne, roentgenologiczne, anatomo-patol. wyniki badań.



Ryc. 1. Przewlekłe zmiany zapalne okołoszczytowe zęba $\underline{3}|$.



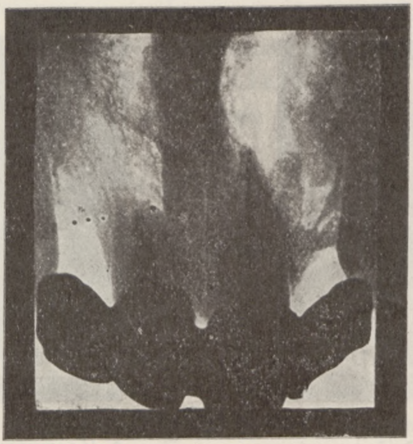
Ryc. 2. Odcięcie wierzchołka korzeniowego i zaopatrzenie korzenia od szczytu amalgamem.



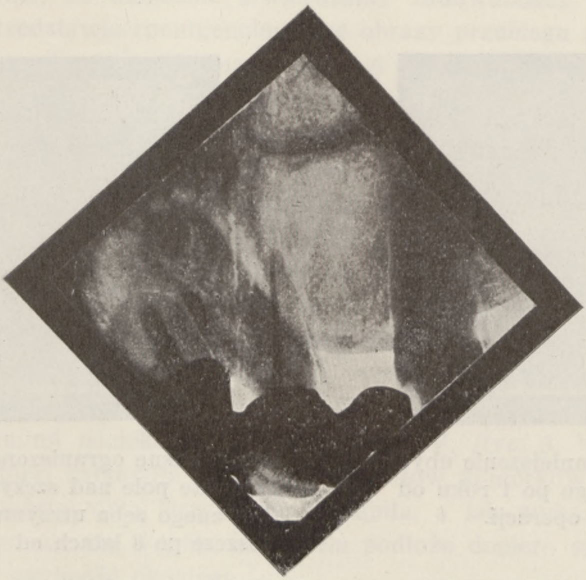
Ryc. 3. Wypełnienie ubytku kostnego po 2 latach po operacji.



Ryc. 4. Korzenie zębów $|\underline{2}$ i $|\underline{3}$ tkwiące w jamie torbielowej, przy operacji ścięto wierzchołki i zaopatrzono amalgamem.



Ryc. 1. Mostek na środkowych górnych siecznych z których 1| ma zmiany okołoszczytowe.



Ryc. 2. Ząb 1|. 7 lat po operacji zachowuje się prawidłowo.



Ryc. 1. Zmiany okołoszczytowe zęba 1|.



Ryc. 2. Zaopatrzenie korzenia parafiną i ścięcie wierzchołka korzeniowego.



Ryc. 3. Zmniejszenie ubytku kostnego po 1 roku od operacji.



Ryc. 4. Jasne ograniczone półksiężycowate pole nad szczytem resekowanego zęba utrzymujące się jeszcze po 6 latach od operacji.

sze tej roli odżywczej są pozbawione. Podobnie też zachowują się zęby resekowane użyte jako filarki pod mostki.

Obserwacje kliniczne stwierdzają jeszcze po dziesięciu latach prawidłową ich czynność w zgryzie. Podobnie przedstawia się mostek osadzony na pierwszych siekaczach górnych, z których 1| z powodu zmian okołoszczytowych *Tabl.* III. *Ryc. 1.* był leczony i resekowany przed 7-miu laty. Dotychczas mostek ten pełni prawidłowo swoją czynność, a obecna jego siła zgryzowa wynosi 26 kg. *Tabl.* III. *Ryc. 2.*

Z powodu niestawienia się chorych do kontroli nie mogłem uzyskać lepszych zdjęć.

Obrazy drobnowidowe prawidłowego gojenia rany poresekcyjnej uzyskane po ponownem otwarciu i wyskrobaniu ubytku kostnego, przedstawiają po 11. miesiącach tkankę bliznowatą, w której brak elementów komórkowych na korzyść włókienek tkanki podstawowej. *Tabl. V. Ryc. 1.*

W obrazie uzyskanym po 18. miesiącach po wykonanej resekcji widzimy w tkance bliznowatej rozległe zwapnienia, które występują wypustkami od obwodu i powoli zamieniają ją na twardą tkankę kostną. *Tabl. V. Ryc. 2.*

Wypełnienie ubytku kostnego prawidłową strukturą kostną niezawsze możemy obserwować tak na roentgenogramach jak i histologicznych obrazach mimo, że klinicznie stwierdzamy zadowalający stan. *Tabl. IV. Ryc. 1—4* przedstawia roentgenologiczne obrazy przebiegu gojenia się rany poresekcyjnej zęba 1|, wykonanej przed 6 laty. *Tabl. IV. Ryc. 2.* Po roku mamy wprawdzie zmniejszenie ubytku kostnego *Tabl. IV. Ryc. 3*, jednakowoż jeszcze po 6. latach zupełnego wypełnienia ubytku prawidłową strukturą kostną nie widzimy *Tabl. IV. Ryc. 4.* Na szczycie resekonanego zęba 1| znajduje się jasne półksiężycowate ograniczone pole podobne, jakie spotykamy na zębach chorych z ziarniniakami.

Po ponownym otwarciu dobrze wygojonej rany w 3-ch takich przypadkach stwierdziłem bakterjologicznie przy podobnym obrazie roentgenologicznym, w 2 jałowość, w 1 gronkowca białego.

Obraz zaś histo-patologiczny z wyskrobanej tkanki przedstawiał tkankę bliznowatą o charakterze włóknistym miejscami utrzymującymi się jeszcze drobnymi naciekami zapalnymi. *Tabl. V. Ryc. 3.* Wskazuje to na sprawę w której całkowita wymiana elementów komórkowych na włóknistą tkankę podstawową jeszcze nie nastąpiła, a jak wykazują poprzednie ryciny, odkładanie się wapnia na takiem podłożu dopiero spotykamy, o ile wykluczymy czynność okostnej.

W przypadkach niewygojenia, rana poresekcyjna przedstawia się anatomo-patolog. jako przewlekłe zapalenie ziarninowe. *Tabl. V. Ryc. 4.*

które w wyglądzie jak też i klinicznem zachowaniu nie różni się niczem od ziarniniaka na szczycie korzenia.

Streszczenie. Stosowanie resekcji korzenia przy przewlekłem zapaleniu ozębnej jest dotychczas jedynie pewną metodą leczenia. Z anatomicznych rozważań wynika, że odcięcie wierzchołka korzeniowego nie wpływa na osłabienie umocowania zęba w zębodole, jak też na jego późniejszą funkcję, dzięki specjalnemu aparatowi więzadłowemu w ozębnej. *Ryc. 1.* Potwierdzenie tego przedstawia *Ryc. 3.* na której widzimy zestawienie siły zgryzu, mierzonej zgryzometrem Habera zębów resekowanych w stosunku do zębów kontrolnych po przeciwnej stronie.

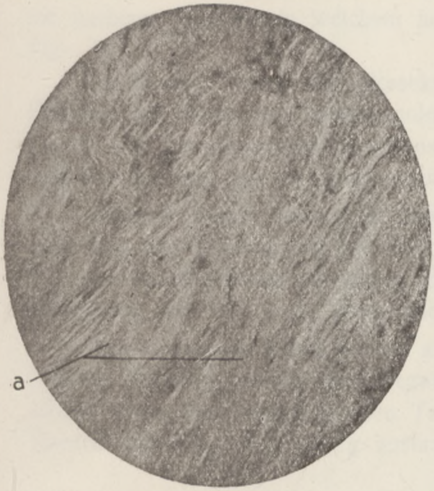
Jakkolwiek ząb już po tygodniu od zabiegu chirurgicznego może pełnić prawidłową funkcję, to jednak gojenie się rany kostnej, oraz wypełnienie ubytku kostnego prawidłową strukturą kostną roentgenologicznie możemy obserwować dopiero po $1^1/_2$ roku. *Tabl. I. Ryc. 1—4.* Warunkiem dobrego gojenia jest trwałe wypełnienie przewodu korzeniowego, które możemy wykonać po dokładnem leczeniu korzenia, albo parafiną, albo też o ile przewód był wilgotny, amalgamem od szczytu w czasie operacji. *Tabl. II. Ryc. 1—4.*

Badania histopatologiczne po ponownem otwarciu i wyskrobaniu ubytku kostnego, wykazują po 11 miesiącach tkankę bliznowatą, w której prawie zupełnie mamy brak elementów komórkowych. *Tabl. V. Ryc. 1.* Po 18 miesiącach od wykonanej resekcji widzimy w tkance bliznowatej rozległe zwapnienia *Tabl. V. Ryc. 2.* Niejednokrotnie po tym czasie nawet roentgenologicznie nie zawsze możemy stwierdzić zupełne wypełnienie ubytku strukturą kostną *Tabl. IV. Ryc. 1—4.* W obrazach anatomo-patologicznych widzimy wówczas tkankę bliznowatą, o charakterze włóknistym, w której miejscami utrzymują się jeszcze drobne nacieki zapalne. *Tabl. V. Ryc. 3.* Klinicznie należy stan ten uważać za wygojony, albowiem bakterjologicznie stwierdzamy jałowość tej tkanki. W przypadkach niewygojenia rana poresekcyjna przedstawia się jako przewlekłe zapalenie ozębnej. *Tabl. V. Ryc. 4.*

Zęby resekowane mogą być obciążone mostkiem kilku członowym, którego prawidłową funkcję w zgryzie możemy stwierdzić nawet po 7 latach. *Tabl. III. 1—2.* Siła zgryzowa tego mostka wynosi 26 kg.

J. Jarząb — Poznań. Klinische, roentgenologische und pathologisch-anatomische Untersuchungen nach der Wurzelspitzenresektion.

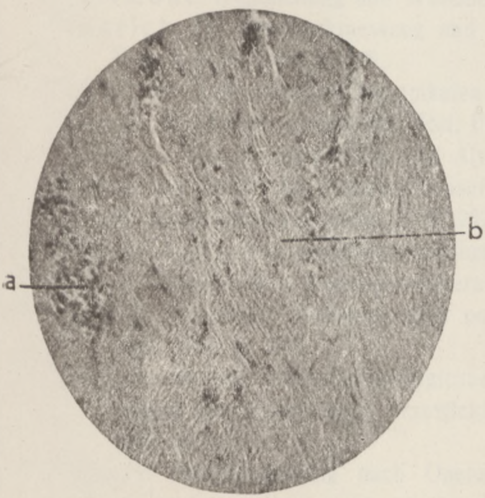
ZUSAMMENFASUNG. Bei chronischer Wurzelhautentzündung stellt die Wurzelspitzenresektion auch heute noch das einzig sichere Verfahren der Behandlung dar. Unter Zugrundelegung der anatomischen Verhältnisse kommt man zu dem Schluss, dass die Wurzelspitzenresektion keinen besonderen Einfluss hat auf den Befestigungsapparat des Zahnes in der Alveole sowie auf dessen spätere Funktion. Klinisch bestätigt wird diese Annahme durch die Kaudruckmessung mittels des Haberschen Kaudruckmessapparates der resezierten Zähne im Verhältnis zu der gegenüberliegenden Seite. Es hat sich erwiesen, dass der operierte Zahn schon nach einer Woche nach dem chirurgischen Eingriff regelrecht funktionieren kann, dauert doch die Ausheilung der Knochenwunde und die Ausfüllung des Knochendefektes durch regelrechte Spongiosa doch wesentlich länger; wir können dieselbe meist erst nach $1^1/_3$ Jahren beobachten. Tafel 1. Fig. 1—4. — Voraussetzung für eine gute Ausheilung bildet ein hermetischer Abschluss des Wurzelkanals, welcher nach gewissenhafter Vorbehandlung mit Paraffin ausgefüllt wird, oder, wenn



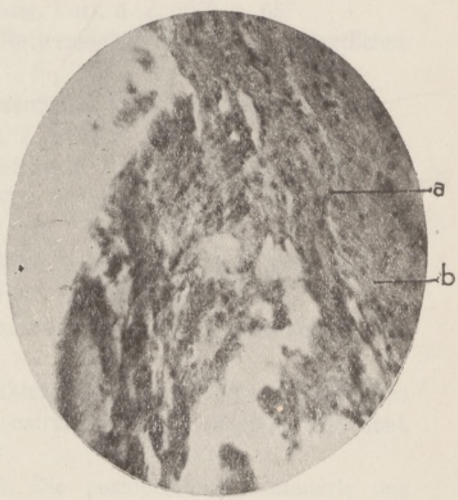
Ryc. 1. Tkanka bliznowata wypełniające ubytek kostny po resekcji po 11 miesiącach od operacji. a) tkanka bliznowata włóknista.



Ryc. 2. Powolne odkładanie wapnia w bliznowatej tkance ubytku po resekcji a) nagromadzenie wapnia b) tkanka bliznowata włóknista. Obraz po 18 miesiącach po operacji.



Ryc. 3. Włóknisty układ tkanki bliznowatej b) miejscami drobne nacieki zapalne a).



Ryc. 4. Tkanka ziarninowa a) jądra b) włókienka tkanki podstawowej.

der Wurzelkanal feucht ist, zunächst mit Amalgam von der Wurzelspitze aus während der Operation abgeschlossen wird. Taf. II. Fig. 1 — 4.

Mikroskopische Untersuchung des exkochleierten retroapikalen Gewebes bei Mangel der Knochenstruktur auf dem Roentgenogramme zeigte nach 11 Monaten ein narbiges Gewebe, in welchem fast gänzlich Knochenelemente fehlten. Taf. V. Fig. 1.

18 Monate nach der Resektion konnte eine völlige Ausfüllung des Defektes mit Spongiosa roentgenologisch nicht festgestellt werden. Tafel IV. Fig. 1 — 4. Wir sehen dann im mikroskopischen Bild ein Narbengewebe vom fibrillärem Bau und hier und dort noch entzündliche Infiltration. Tafel V. Fig. 3.

Klinisch jedoch kann auch dieser Zustand als ausgeheilt betrachtet werden, weil sich das Gewebe bei der bakteriologischen Untersuchung als nicht infiziert erwiesen hat. Falls eine Ausheilung nicht stattgefunden hat, stellt sich pathologisch-anatomisch das Bild einer chronischen Wurzelhautentzündung dar. Taf. V. Fig. 4.

Die resezierten Zähne können als Brückenfeiler dienen und mit mehrgliedrigen Brücken belastet werden. Eine regelrechte Funktion derselben konnte noch nach sieben Jahren festegestellt werden. Taf. III. Fig. I. In diesem Falle konnte noch eine Kaudruckbelastung von 26 kg anstandslos vertragen werden.

Piśmiennictwo.

Albrecht. Wundheilung und Wundbehandlung Fort. d. Z. 1929 p. 64.

Cieszyński. Praktische Wincke 1917 p. 956.

Cieszyński. O odcinaniu wierzchołka korzeniowego. Kwart. Stom. 1912.

Cieszyński: Zahnärztliche Röntgenologie. Lipsk. 1926.

Cieszyński. Postępowanie chirurgiczne po wyjęciu zębów z ogniskiem wokoło szczytowem przy t. zw. zakażeniu ustnem. Pol. dent. 1923. p. 460.

Clairmont. Wundheilung und Wundbehandlung. Fort. d. Z. 1929. p. 65.

Diedrich. Die Kaudruckmessung und ihre Notwendigkeit in der Zahnärztlichen Praxis Z. R. 1928. Nr. 28.

Feiler. Die Erkrankungen des apikalen Paradentiums. Fort. d. Z. 1927. p. 358.

Fraser. Wurzelspitzenresektion. Ref. Fort. d. Z. 1928. p. 359.

Gottlieb. Paradentalpyorrhoe und Alveolaratrophie. Fort. d. Z. 1928. p. 398.

Greve. Der Habersche Kaudruckmesser. D. M. f. Z. 1926. Nr. 17.

Haber. Kaudruckmessapparat. Z. R. 2926. Nr. 7/8.

Häuptl-Lang. Die marginale Paradentitis Viert. Jahr. f. Z. 1927. p. 603.

Heine. Versuche über Knochenregeneration Viert Jahr. f. Z. 1927. p. 144.

Jarząb. Żywotność drobnoustrojów po odkażeniu przewodów korzeniowych. Pol. dent. 1926. p. 743.

Jarząb: Badania anatomo-patologiczne i bakterjologiczne działania presojodu na tkankę ziarninową przy przewlekłem i ostrem zapaleniu ozębnej. Pol. dent. 1925. p. 57.

Kappis. Nachbehandlung nach Operationen. Die postoperative Acetonurie und die postoperative „acidose" des Blutes. D. m. W. 1927. p. 2116.

Kay. Wurzelspitzenresektion Aetiologie Kasuistik, chirurgische Kasuistik, chirurgische Technik. D. Z. W. 1928. p. 34.

Kazanjian. Die Behandlung postoperativer Komplikationen nach Zahnoperationen. D. Z. W. 1928. p. 619.

K e l l e r. Die acute und chronische Periodontitis und ihre Behandlung mit Septojod. Schw. M. f. Z. 1928. p. 281.
K r i t s c h e w s k y - S e g u i n. Erste Untersuchungen über die chronischen Infektionen der Pulpa und des Apex. La Rev. de Stom. 1925. Nr. 5.
L a c r o n i g u e. Faits cliniques à propos du curettage périapical avec amputation de l'apex La Rev. de Stom. 1927. p. 200.
M a g n u s. Ueber Wundbehandlung Med. Kl. 1928. p. 801.
M a y e r. Die Vitalität des Zementes Viert. Jahr. f. Z. 1927. p. 488.
M o r a l. Ueber Wundversorgung bei Wurzelspitzen-resektion. D. M. f. Z. 1924. Nr. 2
P f a f f. Pathologie und Therapie der Zahnlockerung. Fort. d. Z. 1928. p. 434.
P u t t k a m m e r. Lässt sich mit der Kaudruckmessung die Tragkraft eines Zahnes oder eines Prothesenteiles bestimmen. Z. R. 1928. Nr. 28.
R i h a. Die Wurzelspitzenresektion als Palliativoperation. Z. f. Stom. 1923. Nr. 9.
S c h ü c k. Der Weg der modernen Wundbehandlung. Z. R. 1928. p. 1997.
S i c h e r. Histologie. Fort. d. Z. 1928. p. 255.
S i e g m u n d. Wurzelhautentzündung und Kieferknochen. D. Z. W. 1928. p. 594.
S t e i n. Plantationsstudien. Z. f. Stom. 1928. Nr. 3.
S t e p h a n i d e s. Ueber Röntgenkontrolle der Wurzelbehandlung mit Berücksichtigung der medikamentösen Behandlung von Granulomen. Z. f. Stom. 1928. p. 146.
W a l k h o f f. Mein System der medikamentösen Behandlung schwerer Erkrankungen der Zahnpulpa und des Periodontiums. Berlin. 1928.

Uzupełnienie Statystyki Państwowego Instytutu dent. w Warszawie.

N o s t r y f i k a n c i.

Zgłoszeń o nostryfikację było w latach 1921—29 ogółem	185
Z tego nostryfikowano	125
Nie wypełniło warunków nostryfikacyjnych . .	60

Stosownie do warunków nostryfikowano po:

Z szkół rosyjskich	dwu latach studjów uzupełniajacych w PID . .	1	
	jednym roku „ „ „ .	14	
	złożeniu egzaminu z 5 grup bez studjów uzup. .	25	
	„ „ z 4 „ „ „ .	2	
	„ „ z 3 „ „ „ „ .	60	
	bez egzaminów	18	120
Z szkół niemieckich	jednym roku studjów uzup.	1	
	egzaminie z 3 grup	2	
	bez egzaminu	2	5
	Razem . . .		125

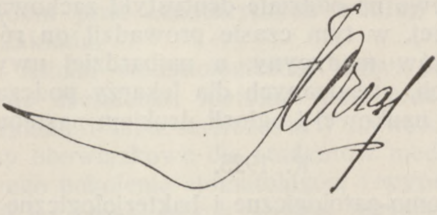
OBSADZENIE KATEDRY STOMATOLOGJI PRZY UNIWERSYTECIE POZNAŃSKIM.

La nomination à la chaire de Stomatologie de l'Université à Poznań.

Die Besetzung des Lehstuhls für Stomatologie an der Universität Poznań.

Reskryptem z dnia 22 czerwca 1929 r. Min. Wyznań Rel. i Ośw. Publ. zatwierdziło uchwałę Senatu Akademickiego Wszechnicy Poznańskiej





z dnia 31 maja 1929 r. powołując na stanowisko zast. prof. profesora katedry stomatologji st. asystenta katedry stomatologji Wszechnicy Jana Kazimierza we Lwowie (prof. A. Cieszyński) lekarza-dentystę Józefa Jarząba w pełnym wymiarze obowiązków nauczycielskich.

Zast. prof. Józef Jarząb urodził się dnia 10 marca 1889 r. w Krużlowej koło Nowego Sącza w Małopolsce. Uczęszczał do gimnazjum w Nowym Sączu. Od wczesnych lat miał wielkie zamiłowanie do nauk przyrodniczych; to też, po otrzymaniu świadectwa dojrzałości w r. 1913, zapisał się na Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej w Krakowie.

Niestety, po 2 latach musiał studja przerwać z powodu wybuchu wojny światowej i powołania go do służby wojskowo-sanitarnej. W służbie tej wobec braku lekarzy powierzono mu czynności nader odpowiedzialne i samodzielne, które zmuszały go do stałego pogłębiania i uzupełniania wiedzy lekarskiej.

Przez 3 lata bez przerwy był lekarzem bataljonowym w armji austrjackiej na froncie przeciwko Rosji. Po tym czasie przydzielono go do Szpitala polowego, gdzie głównie pracował na oddziale chirurgicznym docenta dra v. Sajgo.

Z chwilą odzyskania niepodległości Polski przeszedł do wojska polskiego, również do służby sanitarnej, jako porucznik-podlekarz w szpitalach polowych. Wówczas przebył tyfus plamisty, po powrocie zaś do zdrowia pracował wyłącznie na oddziałach zakaźnych, zapoznając się przytem z pracą kliniczną i badaniami bakterjologicznemi.

W styczniu 1920 r. zwolniony został z wojska i przeniesiony do rezerwy w stopniu kapitana. Bawiąc wówczas jakiś czas w Warszawie, dowiedział się o powstaniu Państwowego Instytutu Dentystycznego, w którym po ukończeniu czteroletnich studjów Rozporządzeniem Min. Wyznań Rel. i Ośw. Publ. przewidziane jest uzyskanie stopnia doktora. Mając te informacje, wniósł prośbę o zaliczenie mu dotychczasowych studjów medycznych i przyjęcie go do Państwowego Instytutu Dentystycznego. W ten sposób już w lipcu 1922 r. uzyskał dyplom lekarza-dentysty.

Po otrzymaniu dyplomu lekarza-dentysty, w październiku tegoż roku mianowany został asystentem przy katedrze stomatologji Wszechnicy Jana Kazimierza we Lwowie. Równocześnie po przybyciu do Lwowa zapisał się na Wydział filozoficzny (matematyczno-przyrodniczy) Wszechnicy Jana Kaz. i poświęcił się głównie studjom antropologicznym i psychologicznym, uzyskując 8 zaliczonych półroczy, t. j. 4 lata studjów. W Zakładzie stomatologicznym Wszechnicy J. K. pełnił obowiązki pierwszego asystenta do października r. 1929, a więc przez lat 7. pod kierownictwem prof. Cieszyńskiego, początkowo na oddziale dentystyki zachowawczej, następnie chirurgji stomatologicznej, w tym czasie prowadził on również ćwiczenia praktyczne dla studentów medycyny, a najbardziej uwydatnił zdolności pedagogiczne na kursach, urządzanych dla lekarzy podczas wakacji. Czas wolny poświęcał pracy naukowej i ogłosił drukiem następujące prace:

R. 1925.

1) „Badania anatomo-patologiczne i bakterjologiczne działania presojodu na tkankę ziarninową przy przewlekłem i ostrem zapaleniu". (Polska Dentystyka r. 1925, str. 57 — 68; rys. 11.

2) „Czy torbiel korzeniowa może pochodzić od zęba ze zdrową miazgą?". (Pol. Dent. 1925 str. 108 — 118).

R. 1926.

3) „Cement z tymolem Cieszyńskiego jako podkład pod wypełnienie". Wykład wygł. na II Zjeździe lekarzy-dentystów w lipcu r. 1925 (Polska Dent. str. 1 — 15, rys. 8).

4) „Żywotność drobnoustrojów po odkażaniu przewodów korzeniowych". (Pol. Dent. 1926 str. 243 — 250; I tabl.).

R. 1928.

5) „Bakterjologiczna ocena naszych rękoczynów podczas leczenia i wypełnienia korzeni ze szczególnem uwzględnieniem jałowości dmuchadła dentystycznego". Wykład wygł. na III Zjeździe stomatolog. w Krakowie w maju r. 1928. (Polska Dent. r. 1928 str. 377 — 390).

R. 1929.

6) „Powikłania w czasie przebiegu leczenia ran". (Polska Dent. 1929, str. 63 — 74).

7) „Klinicznie niestwierdzone kostniaki szczęki powodem utrudnionej ekstrakcji zębów". (Pol. Dent. 1929).

8) „Roentgenologiczne, histo-patologiczne i bakterjologiczne obrazy z uwzględnieniem siły zgryzu zębów po odcięciu wierzchołka korzeniowego". Wykład wygł. na Zjeździe lek. i przyrodników polskich w Sekcji Stomat. w Wilnie we wrześniu 1929 r. (Pol. Dent. 1930, str. 34—37, Tabl. V).

9) „Związek chorób jamy ustnej z chorobami ogólnemi w wieku dziecięcym". Opracowane jako wykład w T-wie Pedjatrów Poznańskich (ukaże się w Gazecie Lekarskiej).

Otwarcie Kliniki Stomatologicznej, mieszczącej się przy ul. Ratajczaka 14, nastąpiło dnia 21 paźdz. r. bież. dla użytku publicznego i kursu dla studentów (oficjalnie uroczyste poświęcenie odbędzie się w styczniu lub z początkiem lutego r. b.).

Nowa placówka stomatologiczna powstała głównie dzięki zabiegom ówczesnego dziekana Wydziału lekarskiego, Prof. Różyckiego, który postarał się o przywrócenie pozycji budżetowych dla Katedry stomatologji i zajął się wyszukaniem kandydata oraz odpowiedniego lokalu. Fachową pomoc uzyskał dziekan prof. Różycki w osobie Dr. Władysławy Skuteckiej, b. asystentki Instytutu dentystycznego Uniw. J. K. we Lwowie, która zajęła się inwentaryzacją urządzeń już zakupionych, zakupnem częściowo nowych i doglądem prac adaptacyjnych według planów przyszłego kierownika tegoż Zakładu.

Kierownik Kliniki stomatologicznej Uniw. poznańskiego ma bardzo ważne zadanie do spełnienia; nietylko musi przeprowadzić przy bardzo szczupłych kredytach i niedostatecznym i niewyszkolonym personalu pomocniczym kursy obowiązkowe dla studentów medycyny, ale przygotować cały zastęp nowego pokolenia stomatologów i wypełnić przerzedzone okresem wojny i 10 lat powojennych szeregi lekarzy-dentystów b. dzielnicy pruskiej. Musi wzniecić zaniedbane dotychczas ognisko pracy naukowej na zachodnich kresach polskich i uświadomić społeczeństwo co do znaczenia uzębienia i jamy ustnej dla całego ustroju, musi uświadomić społeczeństwo co do różnicy istniejącej między lekarzem-dentystą-stomatologiem a parta-

czami w naszym zawodzie, którzy wielką falą zalali kresy zachodnie i przyczyniają się do obniżenia wartości jedynie powołanych do leczenia zębów i jamy ustnej specjalistów o dyplomie uniwersyteckim. W tej to pracy powinni dopomóc obecnemu kierownikowi kliniki stomatologicznej wszyscy Koledzy b. zab. pruskiego, przyjąć otwartemi rękoma i gorącem sercem Kolegę, który w tak trudnych warunkach podejmuje sztandar stomatologji na froncie zachodnim.

Dzień otwarcia kliniki stomatologicznej w Poznaniu jest dla całego naszego zawodu, dla całej Polski, wielkiem świętem i dniem wielkiego zdarzenia.

Kierownikowi Kliniki stomatologicznej przesyła Redakcja „Polskiej Stomatologji" z całego serca życzenia wszelkiej pomyślności, pragnąc, by nie ustawał w swoim zapale i rozmachu i nie zrażał się trudnościami, które mu na każdym kroku w pierwszym okresie powstawać będą. Praca na tej nowo powstałej placówce jest szczególnie trudna i odpowiedzialna, gdyż brak tam tradycji. Wiele trzeba będzie energji poświęcić, ażeby zorganizować wszystko na miejscu należycie, wyszkolić personal pomocniczy i usunąć przesądy. Tem większą będzie zasługa, im lepiej i im szybciej uda się przebyć szczęśliwie pierwszy okres pracy i zdobyć zaufanie Wydziału lekarskiego, kolegów i ludności.

Nowomianowanemu Kierownikowi Kliniki stomatologicznej życzymy by nastąpiło to jak najszybciej.

Szczęść Boże!

W imieniu Redakcji „Polskiej Stomatologji" *Cieszyński.*

Dr. Witold Cybulski objął stanowisko zastępcy profesora na Oddziale protetyczno-technicznym w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie w październiku 1929 r. — Podajemy poniżej krótki jego życiorys. Urodził się w r. 1890 w Krakowie. Po ukończeniu gimnazjum w Krakowie odbył studja uniwersyteckie w Gracu i we Lwowie, w czasie którym od r. 1911—1914 zajmował stanowisko demonstratora, a następnie asystenta przy katedrze fizjologji Uniwersytetu we Lwowie. Służbę wojskową wczasie wojny odbył w wojsku austrjackiem, od listopada 1918 w wojsku polskiem. W listopadzie 1921 objął stanowisko starszego asystenta, a od mraca 1922 adjunkta przy katedrze chirurgji stomatologicznej w Państw. Instytucie Dent. w Warszawie i pozostawał na temże stanowisku do października 1929. Otrzymawszy w ciągu roku szkolnego 1928/29 urlop, wyjechał jako stypendysta Ministerstwa W. R. i O. P., dla uzupełnienia studjów do kliniki Prof. Pichlera we Wiedniu i Prof. Schrödera w Berlinie, skąd powróciwszy, objął obecnie zajmowane stanowisko.

Mianowanie Członkami Korespondentami „Polskiej Stomatologji". Redakcja Polskiej Stomatologji zamianowała długoletnich swych współpracowników, p. lek.-dent. Józefa J a r z ą b a, zast. prof. przy katedrze stomatologji w Poznaniu, i p. Dr. Władysławę S k u t e c k ą, kierowniczkę lecznicy szkolnej opieki dentystycznej w Poznaniu, C z ł o n k a m i K o r e s p o n d e n t a m i swego pisma.

JÓZEF JARZĄB. POZNAŃ
Zast. Prof. i Kierownik
Poliklin. Stomat. Uniw. P.

POLIKLINIKA STOMATOLOGICZNA UNIWERSYTETU POZNAŃSKIEGO.

Policlinique stomatologique de l'Université à Poznań.

Stomatologische Universitäts-Poliklinik in Poznań.

Doc. pol. 7.81.

Zawiązany w r. 1920 pierwszy Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego nie mógł odrazu rozwinąć w całej pełni swej działalności, brak mu bowiem było niektórych katedr, do których uruchomienia i obsadzenia dochodził stopniowo w miarę możności środków, jak też i konieczności życiowych.

Na katedrę Stomatologji przyszła kolej dopiero w roku 1929.

Wprawdzie już w roku 1922 czyniono usilne starania, aby utworzyć Instytut Stomatologiczny i nawet wówczas zakupiono część instrumentarjum, 3 fotele i niektóre meble chirurgiczne. Brak jednak odpowiedniego lokalu, brak większych kredytów na potrzebne urządzenia utrudniał i opóźniał w dalszym ciągu prace niepomiernie.

Nauczanie Stomatologji musiało się odbywać z konieczności drogą krótkotrwałych kursów, a o ćwiczeniach praktycznych nie mogło być mowy. W tym celu w latach 1922 i 1923 zaproszono ówczesnego wicedyrektora Państwowego Instytutu Dentystycznego z Warszawy, dra Alfreda M e i s s n e r a, który po otrzymaniu urlopu z Ministerstwa W. R. i O. P. urządził dla studentów medycyny Uniw. Poznańskiego 12 dniowy kurs dentystyki w prywatnej ordynacji lek. dent. Antoniego Perlińskiego.

Ponieważ kursy te wchodziły w kolizje z nauczaniem w Państwowym Instytucie dentystycznym w Warszawie, a wskutek swej krótkotrwałości były tylko z małym pożytkiem dla studentów medycyny, Ministerstwo W. R. i O. P. już w następnym roku nie zgodziło się na dalsze udzielanie urlopu Dr. A. Meissnerowi, a nawet pismem z dnia 16 stycznia 1924 z powodów oszczędnościowych zniosło dotychczasową nie obsadzoną i nieczynną Katedrę Stomatologji przy Uniwersytecie Poznańskim.

Wówczas na prośbę Rady wydziałowej prof. Jurasz, Dyr. Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Poznańskiego, podjął się zorganizowania odnośnych wykładów, jednakowoż nie na długo, nie pozwalał mu bowiem na to nadmiar zajęć.

Z powodu tych trudności prowadzenia wykładów Rada Wydziałowa dnia 23 lutego 1927 postanowiła zwrócić się z prośbą do Ministerstwa W. R. i O. P. o zwolnienie absolwentów medycyny z kolokwjum z dentystyki; w następnym jednak roku Rada Wydziałowa zleciła wykłady egzaminy i ćwiczenia ze stomatologji prof. Niezabitowskiemu.

Jak więc widać dotychczasowe prace polegały głównie na prowadzeniu dorywczych wykładów i egzaminów ze stomatologji; sprawy zaś

organizacyjne dotyczące urządzenia i uruchomienia przychodni dentystycznej, nie postąpiły ani na krok naprzód.

Zakupione przyrządy spakowane i zmagazynowane w jednej ubikacji w Collegium Medicum uległy częściowemu zniszczeniu przez wilgoć i rdzę, a obicia foteli zniszczyły myszy. Pozostałą dotację Katedry Stom. w kwocie 6.800 zł. na wniosek Rady Wydziałowej Ministerstwo W. R. i O. P. pismem z dnia 23 kwietnia 1925 L. 5247/IV/25 obraca na potrzeby Kliniki Chirurgicznej, a drugiem pismem z dnia 22 grudnia 1928 roku L. IV. S. W. 12788/28 przenosi kwotę 6.000 zł. przewidzianą w planie finansowym wydatkowania kredytów z § 10 dla Zakładu Stomatologicznego do dyspozycji Rady Wydziałowej jako dotację ogólną tegoż wydziału.

Po ponownie podjętych pracach organizacyjnych w ostatnich czasach, dla Katedry stomatologji przeznaczono następujące fundusze: Zobacz tabl. na str. 25.

Żmudnej pracy restytucji Katedry Stomatologicznej jak też i pierwszych prac organizacyjnych w celu powołania do życia Polikliniki Stomatologicznej podjął się za swojego Dziekanatu w roku 1928/29 prof. Różycki, uzyskawszy jednomyślne poparcie Wydziału Lekarskiego. Po wyszukaniu na ten cel odpowiedniego lokalu przy ul. Ratajczaka 14, udało mu się uzyskać w Minist. W. R. i O. P. potrzebne kredyty. Bardzo wiele przyczynił się do zrealizowania tego planu również i prof. Cieszyński (Lwów), który od dawna nie ustawał w swoich zabiegach u Władz Centralnych, a nawet kilkakrotnie osobiście przedstawiał tam ważność i konieczność tej placówki naukowej na Zachodnich Kresach Polski i nawiązał kontakt z Wydziałem lekarskim uniw. poznańskiego za czasów Dziekanatu prof. Jurasza i prof. Różyckiego.

Ministerstwo W. R. i O. P. rozumiejąc jak ważne zadanie dydaktyczne ma do spełnienia odnośna placówka tak pod względem higjeny społecznej jak i szkolnej, pismem z dnia 27 maja 1929 restytuuje Katedrę Stomatologji przy uniw. poznańskim, a zatwierdzając uchwałę Senatu reskryptem z dnia 22 czerwca 1929 L. IV. S. W. 6214/29, kierownictwo w charakterze zastępcy profesora porucza starszemu asystentowi Katedry Stomatologji Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie Józefowi Jarząbowi przyznając oprócz tego 1 etat dla st. asystenta.

Obecne pomieszczenie Kliniki Stomatologicznej Uniw. Poznańskiego jest pomyślane jako prowizorjum, które najdalej po 3 latach ma się doczekać lepszego pomieszczenia w gmachu innym będącym własnością Uniwersytetu. Ze względu na centrum miasta, bliskość linji elektrycznej i stosunkowo nie wielkiej odległości od innych uniwersyteckich naukowych zakładów, obecne położenie dla Kliniki Stomatologicznej jest bardzo korzystne. Zajmuje ona całe II piętro przebudowanej kamienicy w podwórzu przy ul. Ratajczaka 14. Ogółem, nie licząc w tem obszernego strychu, zajmuje przestrzeń 287,06 m^2.

Pierwszy ogólny zarys adaptacji podał na miejscu prof. Cieszyński, wykonał zaś w bardzo krótkim czasie Intendent Uniw. Poznańskiego inż. Sanek. Przez odpowiednie umieszczenie ścianek uzyskało się długi

Pogląd na koszty urządzenia kliniki stomatologicznej Uniwersytetu poznańskiego.

Po ponownie podjętych pracach organizacyjnych w ostatnich czasach, dla katedry stomatologji przeznaczono następujące fundusze:

Przychód	Zł.	gr.	Zł.	gr.
Rada Wydz. Lek. — na mocy uchwały Senatu z 11/I 1929 — przeznacza z sum pozabudżetowych »Dochody z domów czynszowych«	10.000	—		
Z sum budżetowych § 20. na utrzymanie klinik 1928/29	6.000	—		
Z sum budżetowych § 20. na utrzymanie klinik 1929/30	3.499	—		
Nadzwyczajna dotacja Min. WROP. 9/X 1929	5.000	—		
Nadzwyczajna dotacja Min. WROP. § 9. remont i adaptacja	15.700	—		
Suma ogólna dochodów	40.199	—		
* Do dyspozycji Min. WROP. z § 9. remont i adaptacja	5.800	—		
Dochód wynosił zatem			34.399	—
Niedobór			19 397	98
			53.796	98

Rozchód	Zł.	gr.	Zł.	gr
A. Materjały budowlane	390	50		
Instalacja gazu, elektrycz., wody	5.564	15		
Roboty murarskie	736	10		
„ stolarskie	577	60		
„ malarskie	2.622	31		
Inne roboty	399	84		
Razem na remont wydano			9.900	—
B. **Na urządzenie kliniki i pom. nauk.:**				
meble	7.797	20		
księgi inwent., druki, papiery	551	56		
łóżka z materacem i bielizną	567	—		
bielizna kliniczna	3.677	50		
Roentgen wraz z urządz. ciemni	12.314	20		
bibljoteka	5.504	40		
uzupełnienie wewnętrz. inwentarza	13.485	12		
Razem na urządzenie i pomoce naukowe wydano			43.896	98
			53.796	98
Niedobór			19 937	98

* Pozostała kwota 5.800 zł. z § 9. remont i adaptacja pozostaje do dalszej dyspozycji Min. WROP., ponieważ nie zezwoliło na użycie jej na cele inne.

Na pow. niedobór mamy następujące częściowe pokrycie:

Dotacja nadzw. Min. WROP. płatna w obec. kw	5.000 zł.
i z sum budżetowych § 20. utrzymanie klinik	2.501 -
Razem	7.501 zł.

korytarz w kształcie podkowy, którego boki służą z jednej strony na umieszczenie szatni dla lekarzy specjalizujących się w stomatologji, z drugiej na pomieszczenie szaf dla zbiorów i wieszadeł dla garderoby studentów medycyny przychodzących na ćwiczenia (38) [1]. Środkowa zaś część korytarza z 2 oknami, rozdzielająca kliniczne pomieszczenie od administracyjnych tworzy wygodne przejście do każdej ubikacji. Okna klinicznych sal zwrócone na wschód, mają przed sobą dużą niezabudowaną przestrzeń, a z boku piękny widok na klasyczną budowlę „Kina Apollo". Ubikacje po drugiej stronie korytarza zwrócone są oknami na zachód do dużego podwórza.

Tuż przy wejściu do korytarza po prawej stronie znajduje się pokój dla woźnego, a dalej na lewo wejście do obszernej jasnej poczekalni o 2 oknach. Przy jej urządzeniu wewnętrznem odstąpiono nieco od dotychczasowych szablonów, i zamiast szaf i stołów z drzewa, zakupiono meble gięte. Z okien zwieszają długie wzorzyste firanki do prania, między oknami znajduje się przymocowane do ściany lustro, pod niem etażerka na kwiaty, a na podłodze szeroki czerwony kokosowy chodnik. Na ścianach obrazy oprawne, traktujące higjenę jamy ustnej. Wszystko robi wrażenie nader korzystne jakby pokoju mieszkalnego. Stąd wchodzimy na dużą salę przyjęć o 3 oknach. Tuż koło wejścia znajduje się małe biało lakierowane biurko (11) z księgą główną dla zapisywania chorych. Przed każdem oknem w odległości 140 cm. znajduje się fotel operacyjny z wodociągową najnowszego typu spluwaczką (12). Odległość ta od okna umożliwia wygodne ustawienie się grup studentów odbywających ćwiczenia. W sali tej znajdują się dwie szafy metalowe oszklone, jedna z narzędziami chirurgicznemi (7), druga zawiera instrumenty i materjały do zachowawczego leczenia zębów (8). Nadto jedna mała szafka na kółkach do przesuwania własnego pomysłu, służąca wyłącznie do przygotowania i przechowania w stanie jałowym płynów znieczulających (9).

Do sterylizowania narzędzi służą dwa stale czynne sterylizatory (10) umieszczone na płycie marmurowej w pobliżu wejścia do sali chirurgicznej. Nad nimi znajduje się piaskowy zegar, dla przestrzegania odpowiedniego czasu sterylizacji. Dwie obszerne umywalnie (5) z ciepłą wodą wystarczają nawet przy zwiększonym ruchu w czasie trwania ćwiczeń.

Sala ta z przejściem niezamykanem łączy się z małą salą chirurgiczną, przeznaczoną wyłącznie dla operacyj. Mamy tu również fotel do narkoz (12), szafę z narzędziami chirurgicznemi (17), stoliki ze szklanemi płytami (6), lampę Sollux, przyrząd do oglądania roentgenogramów. W sali tej znajduje się również duża szafa biało lakierowana (16) z bielizną kliniczną, małe biureczko (14) z półkami do zapisywania historyj chorób, badań i t. p., a obok na ścianie wisi mała szafeczka (15) zamykana, ze środkami leczniczemi i specyfikami.

Urządzenia klinicznego bardzo solidnego dostarczyła nam na dogodnych warunkach firma „Dental" Szrama-Kapczyński z Poznania.

Ruch kliniczny trwa od godz. 8 do godz. 2-giej. Załatwianie chorych ambulatoryjnych oraz ćwiczenia studentów med. w znieczulaniu i usuwaniu zębów odbywają się od godz. 8 do godz. 10-tej. Później ta

[1]) Cyfry odnoszą się do przedmiotów umieszczonych w planie w ryc. 1.

Polska Stomatologja Rocznik VIII. 1930, Nr 1. Tabl. I

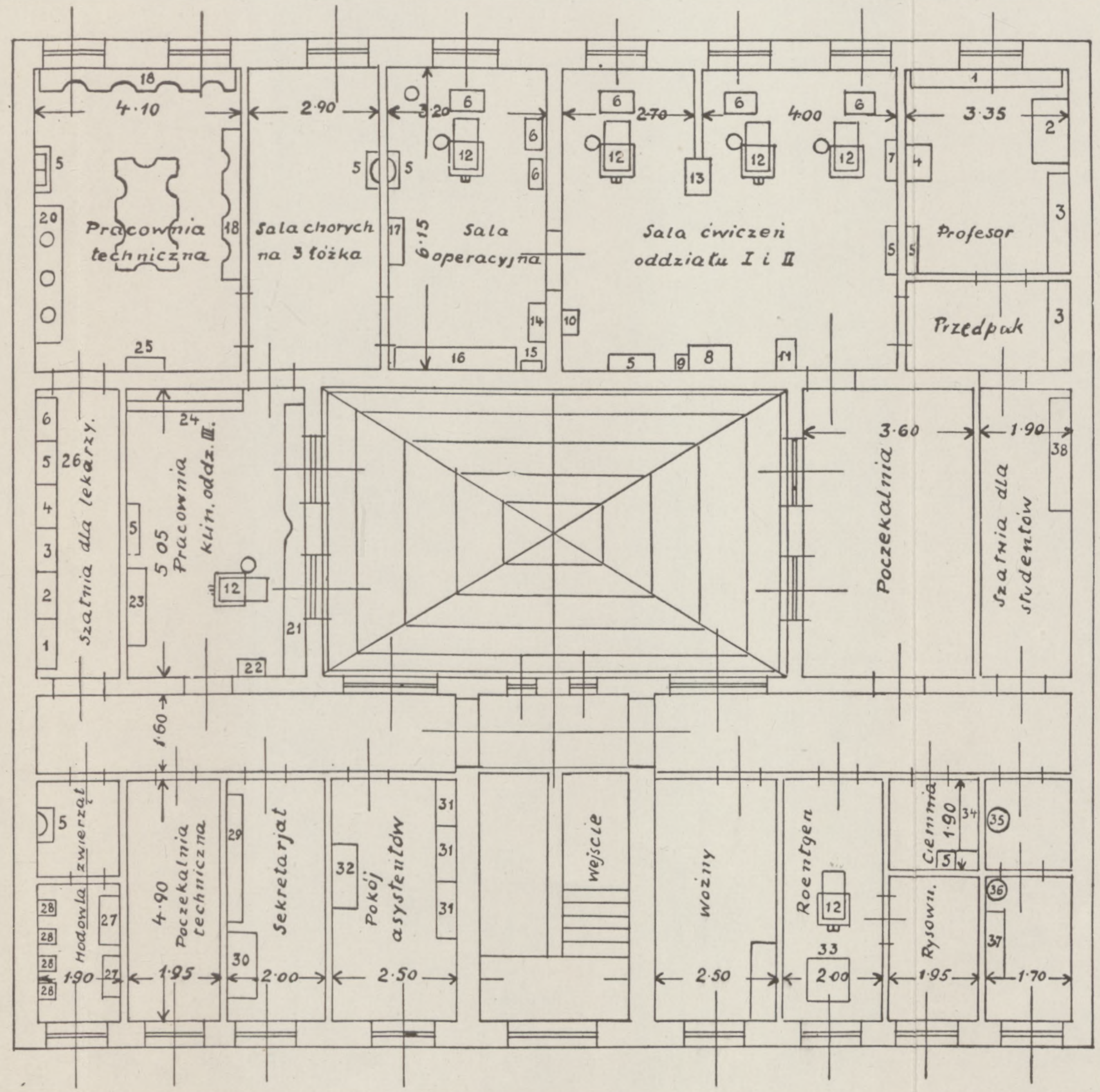
Objaśnienie planu.

1. Stół z szufladami,
2. biurko dębowe,
3. bibljoteka,
4. szafka amerykańska na akta,
5. umywalnia,
6. stoliki ze szklanemi płytami,
7. szafa na narzędzia chirurgiczne,
8. szafa na narzędzia dentystyki zachowawczej,
9. szafeczka na kółkach do znieczuleń,
10. sterylizacja,
11. biurko do przyjmowania chorych,
12. fotele operacyjne ze spluwaczkami wodociągowemi,
13. stół biały metalowy do zarabiania wypełnień,
14. biurko z półkami do spisywania historji chorób,
15. szafeczka wisząca na lekarstwa,
16. szafa biała na bieliznę,
17. szafa na narzędzia chirurgiczne,
18. stół dębowy dla techniki,
19. stół duży dla techn. na 6 miejsc,
20. stół obity blachą cynkową do pracy w gipsie,
21. stół dębowy przed oknami,
22. szafka na lekarstwa,
23. szafka na materjały techniczne,
24. szafa z marmurową płytą do gipsu i na materjały techniczne,
25. szafa na narzędzia techniczne,
26. szafy składane szatnia dla lekarzy,
27. klatki druciane większe na zwierzęta,
28. klatki druciane mniejsze,
29. szafa na materjały,
30. biurko z półkami,
31. szafa 3-częściowa,
32. stół,
33. aparat Roentgena,
34. stół z szufladami do wywoływania płyt,
35. autoklaw,
36. kocioł do prania bielizny,
37. wanna,
38. szafa na zbiory.

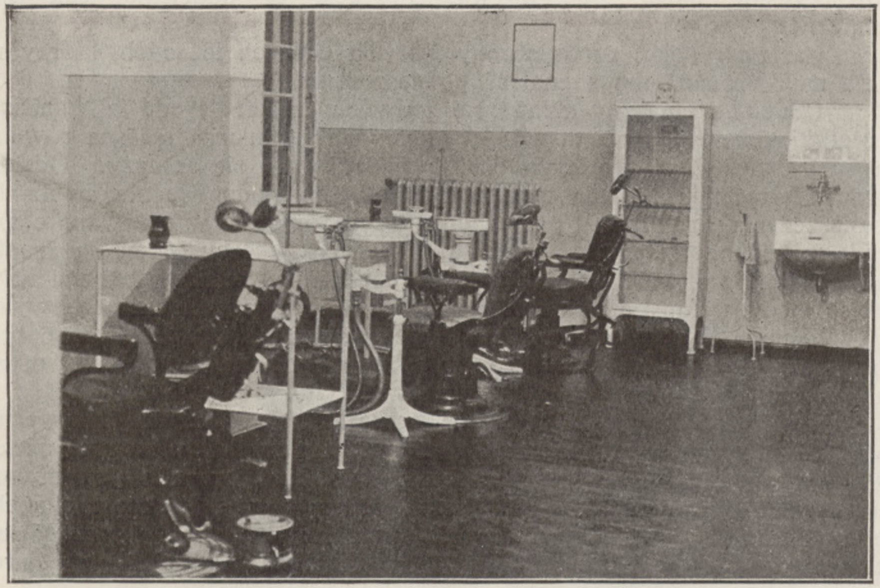
Poliklinika Stomatologiczna Uniwersytetu Poznańskiego.

Wschód.

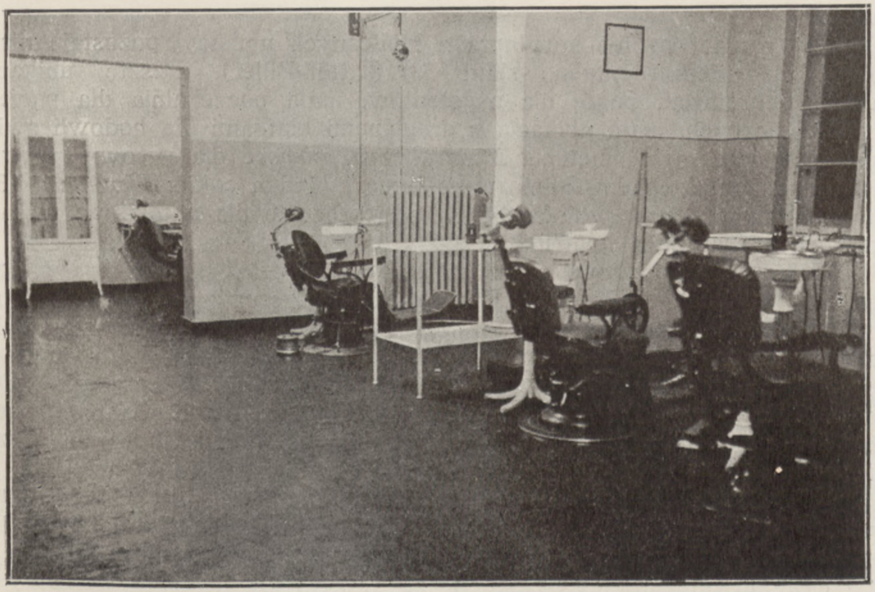
Północ.



Ryc. 1. (Skala 1 : 133).



Ryc. 2. Sala operacyjna i oddziału dentystyki zachowawczej (Widok prawej strony).



Ryc. 3. Sala operacyjna i oddziału dentystyki zachowawczej. (Widok lewej strony i przejścia do małej sali operacyjnej).

sama sala służy jako oddział dla dentystyki zachowawczej. Od godz. 10 do godz. 2-giej przyjmuje się chorych do leczenia i wypełniania zębów. Równocześnie mogą się odbywać operacje w oddzielnej sali chirurgicznej.

Następny pokój przeznaczony jest dla chorych leżących, którzy na razie na 3 łóżkach mogą znaleźć pomieszczenie.

Oddział techniczny składa się z dwóch części: 1) oddział kliniczny protetyki, ortopedji i ortodoncji; 2) pracownia techniczna służąca również za salę ćwiczeń w protetyce dla specjalizujących się lekarzy. Oddział kliniczny techniki posiada narazie 1 fotel (12) i odpowiednie meble dla pomieszczenia materjału i przyrządów technicznych, a w umywalni ciepłą wodę z osobnego aparatu Junkersa. Wpracowni technicznej na środku sali znajduje się duży stół dębowy z półksiężycowemi wykrojami na 6 miejsc i odpowiednią ilością szuflad (19). Nadto dwa podobne ale zwykłe stoły dębowe znajdują się wzdłuż obydwu ścian z wykrojami dla 5 pracowników (18). Specjalny stół obity cynkową blachą z okrągłemi otworami i szufladami służy do robót gipsowych (20).

Wszystkie sale są ogrzewane centralnie, oświetlone elektrycznie (prąd stały) przy pomocy zwieszających dużych lamp zaopatrzonych mlecznym kloszem. Nadto w ścianach przed każdym fotelem znajdują się otwory na zatyczki dla reflektorów. Rozmieszczenie gazu jest wygodne tak, ażeby każdy pracujący czy to w oddziale technicznym, czy też w oddziale dentystyki zachowawczej przed każdym fotelem miał oddzielny kurek gazowy.

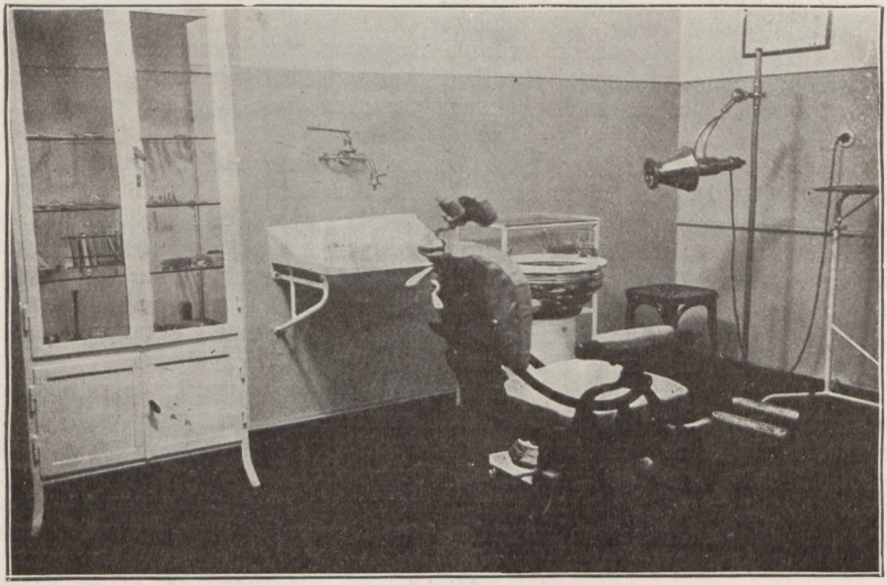
Pomyślano również i nad tem, aby dać pewne zabezpieczenia we formie łatwo dostępnych syfonów dla rur z wodą odpływową, które łatwo różnemi odpadkami, jak watą, a zwłaszcza gipsem, mogłyby się zatykać.

Po drugiej stronie korytarza z klinicznych ubikacyj pozostaje mały pokój z aparatem roentgenowskim (33) (Ritter-Biber). Resztę ubikacyj zajmuje sekretarjat, pokój dla asystentów, mała poczekalnia dla pacjentów technicznych, mała ubikacja z drucianemi klatkami dla hodowli zwierząt doświadczalnych, ciemnia fotograficzna, miejsce dla rysownika wraz z urządzeniem do badań klinicznych (mocz, białko, cukier), łazienka (37) dla chorych leżących, pralnia (36) i pomieszczenie dla autoklawu (35) do sterylizacji materjału opatrunkowego.

W pomoce naukowe zakład ten na początek również nienajgorzej jest uposażony. Posiada on bibljotekę, umieszczoną w dużych dębowych oszklonych szafach w pracowni profesora, składającą się z 93 dzieł najnowszych i najbardziej źródłowych w 111 tomach. Nadto posiada wszystkie roczniki pism: Fort. d. Zahnheilkunde, Pol. Dentystyka (Dar Redakcji Pol. Dent.) i prenumeruje następujące: Fort. d. Zahnheilkunde, Vierteljahrschrift f. Zahnheilk., Deutsche Mon. f. Zahnheilk., i Zahnärztl. Rundschau.

Z przyrządów zakupiono aparat fotograficzny firmy Zeiss, 1 przyrząd do mikroprojekcji, nadto sporządzono kilka tablic i przeźroczy do wykładów.

Przy urządzaniu tego zakładu kierowałem się myślą potrójnej jego pracy na przyszłość, a mianowicie:



Ryc. 4. Mała sala operacyjna. Urządzenie do terapji świetlnej.



Ryc. 5. Poczekalnia Oddziału chirurgiczno-stomatologicznego i Oddziału dentystyki zachowawczej.

1) zakład ten ma dać wykształcenie studentom medycyny z zakresu stomatologji, potrzebne lekarzowi ogólno praktykującemu;

2) powinien co roku, o ile się weźmie 2-letnią specjalizację wykształcić fachowo 5—6 stomatologów;

3) powinien prowadzić badania naukowe z zakresu stomatologji;

4) w miarę możności urządzać kursy dokształcające dla lekarzy, urządzać pokazy, a od czasu do czasu popularne wykłady z higjeny jamy ustnej.

W wypełnianiu tej pracy, którą zakład rozpoczął z chwilą swego otwarcia t. j. od dnia 21 października 1929 najdotkliwiej daje się odczuć brak odpowiednich sił pomocniczych. Dotychczasowe etaty: jednego zast. prof. i jednego st. asystenta są niewystarczające dla tak dużego zakresu pracy i sprawnej czynności zakładu. W analogicznych zakładach zagranicznych, na czele każdego oddziału stoi profesor lub docent mający osobnych asystentów i personel pomocniczy. Większe dotacje na cele naukowe i na utrzymanie klinik uniezależniają ich egzystencję i twórczą pracę od opłat klinicznych. Częściowe utrzymanie Instytucji z dochodów własnych uważam u nas w obecnych czasach za racjonalne, nawet konieczne, nigdy jednak nie powinno to zarobkowanie hamować pracy naukowej, która winna być jedynym i głównym celem zakładu naukowego. Utraciwszy bowiem raz charakter naukowy staje się zakładem zarobkującym, a jako taki traci na powadze i należnem mu poszanowaniu, tembardziej tu, bo jest instytucją młodą i bez tradycji. Dlatego też wyrażam nadzieję, że w zrozumieniu tego Ministerstwo W. R. i O. P. w czasie najbliższym utworzy dalsze etaty przynajmniej dla 2 st. asystentów, 1 technika dentystycznego, 1 sekretarki, 1 woźnego, który dotychczas opłacany jest ze szczupłych dochodów klinicznych. Wówczas umożliwi to intensywniejszą pracę we wszystkich kierunkach, zwiększy się przez to niepomiernie wydatność kliniki pod każdym względem.

WYKAZ WYKONANYCH ZABIEGÓW

w I. trymestrze 1929/30 od 21 X do 31 XII 1929.

A) Oddział I. chirurgiczno-stomatologiczny.

Ogólna ilość chorych 405
Nowo przyjętych 175

Zabiegi chirurgiczno-stomat.:

Extrakcje zębów:

Ogółem 190
Typowych 183
Atypowych 7
Ze separacją korzeni 3
Z dłutowaniem 2

Znieczulenia:

a) zapomocą wstrzykiwań:

Ogółem 120
Miejscowe 81
Mandybularne 39

b) zapomocą uśpienia:

Ogółem 2
Chlorkiem etylu 2

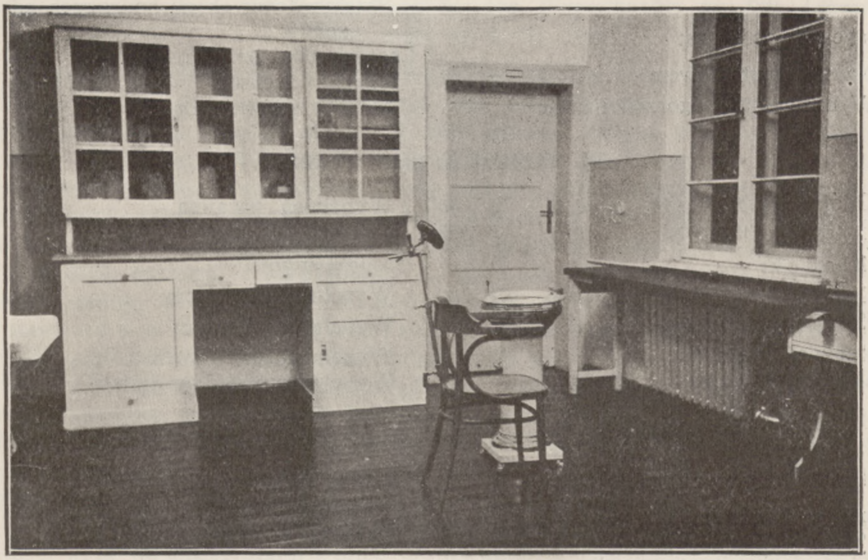
c) Inne operacje:

Resekcje korzenia u chorych . . 2
Ilość resekowanych zębów . . 3
Otwarcie ropni 5

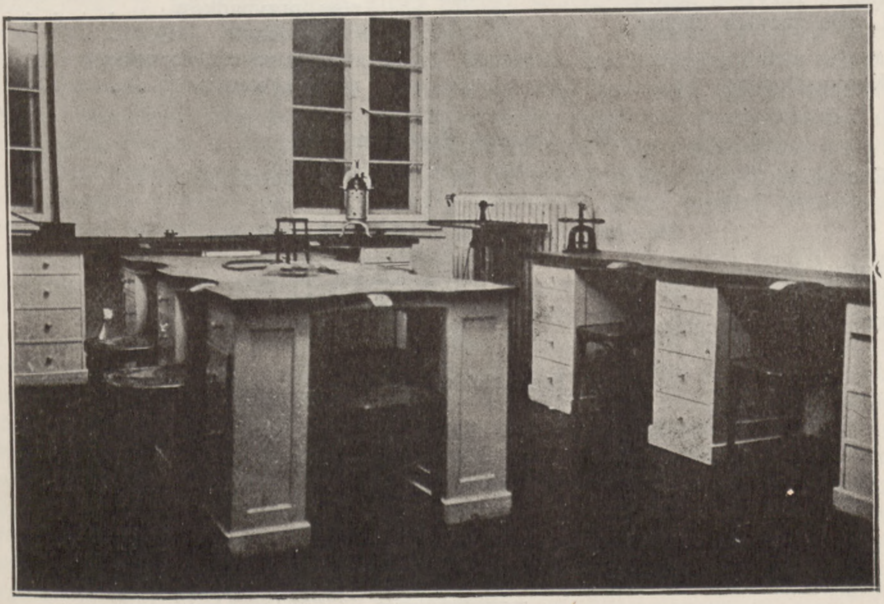
Nowotwory:

Torbiele korzeniowe 2

Leczenie newralgji nerwu V.



Ryc. 6. Pokój przyjęć Oddziału protetycznego.



Ryc. 7. Pracownia protetyczna.

Injekcje camfenolowe (własny sposób)

Do V_2 For. infraorbitale . . . 1
Do V_3 For. mentale 2

Osteomyelitis:

Na tle postrzałowem 1
W następstwie zgorzeli miazgi 1

Powikłania podczas lub po operacji:
Krwawienia 1
Leczone ciekawsze przypadki:
Przetok licowych pochodzących od zębów 2
Leczone obrażenia szczękowe:
Złamań żuchwy 2
Złamań szczęki górnej 1

B) Oddział II. zachowawczy.

Ogólna liczba wizyt 86
Pacjentów nowych 43

Wkładek:
Ogółem 160
Zatruć arszenikiem 23

Wypełnień korzeni:
Wypełnień pastą 41

Wypełnień parafiną 6

Wypełnień stałych:

Wypełnień cementem 18
Wypełnień silikatem 7
Wypełnień amalgamem 45
Wypełnień wkładów (inlay) . . 3

C) Oddział III. protetyczny (prace dla dla pacjentów).

Liczba przyjętych pacjentów . . 14

Prace w kauczuku:
Liczba protez kauczukowych górn. 3
Liczba protez kauczukowych doln. 3

Napraw kauczukow. dostawek:
Liczba zużytych zębów . . . 69
Liczba zużytch klamer 3

Prace w metalu:
Koron złotych 2

Zębów ćwiekowych Dübla . . . 1
Mostków ilość: 3
Członów w mostkach 19

Prace ortopedyczne:

Regulacja nieprawidłowych zgryzów przypadków 1
Krzywe pochyłe 1
Szyn ustalających Warnekrosa i innych systemów 3

D) Oddział Roentgenowski.

Chorych 28

Zdjęć intraoralnych 31

Przyjęto do leczenia z klinik lub szpitali.

Klinika neurologiczna 14
Klinika oczna 7
Klinika laryngologiczna 6

Klinika skórna 2
Klinika chirurgiczna 3
Ze Szpitala Miejskiego 4

Zestawienie kasowe:

Z taks pobieranych od pacjentów:

Oddział I. chirurgiczny	488.10 zł.
Oddział II. zachowawczy	329.90 zł.
Oddział III. protetyczny	27.81 zł.
Oddział IV. roentgenowski	46.00 zł.

Dział sprawozdań i streszczeń.

Stein (Wiedeń). Badania nad drożnością przewodów korzeniowych 500 zębów. (Untersuchungen über die Durchgängigkeit der Wurzelkanäle an 500 Zähnen). Z. f. Stom. 1929, nr. 5. str. 415.

Autor przedstawia roentgenologiczne zdjęcia 500 leczonych zębów, które przeszły przez jego ordynację bez specjalnego wyboru pacjentów lub odpowiednich zębów. Materjał ten później zebrał i zestawił tabele według gatunków i ilości zębów, wedle stanu chorobowego ich miazgi, przyczem rozróżnia: zgorzel, zapalenie miazgi, dewitalizację z powodu prac technicznych, jakoteż leczenie powtórne z powodu bólu i zmian okołoszczytowych. Autor zastrzega się w swej pracy przeciwko temu, jakoby uznawał swój sposób leczenia i wypełniania korzeni jako jedyny dobry i polecenia godny, chodzi mu tylko o statystykę drożności głównych przewodów korzeniowych, a w leczeniu ich posługiwał się metodą ogólnie stosowaną. Miał tylko dużo cierpliwości, świeży i gatunkowo dobry materjał do przeprowadzenia leczenia. Przeważnie posługiwał się koferdamem, po założeniu którego zmywał go i okolicę 1% alkoholem sublimatowym. Pracował możliwie aseptycznie, przyczem nie łudził się się bynajmniej tem, że udało mu się uniknąć wprowadzenia zarazków do przewodów.

Przy zakażonych przewodach posługiwał się jednem instrumentarjum, a przy niezakażonych i przy wypełnianiu przewodów, drugiem instrumentarjum, pominąwszy to, że w obu wypadkach narzędzia wygotowywał. Po mechanicznem oczyszczaniu przewodów igłami Kerra różnej grubości, przemywał je neoantiforminą, którą nawet zostawiał jako wkładkę przez 1—2 dni, poczem rozszerzał przewód. Korzenie wypełniał różową gutaperką, przemywając je bezpośrednio przedtem perhydrolem, 1% alkoholem sublimatowym i eterem, co dobrze wysuszało przewód. Suchy przewód zwilża następnie chloroformem z przymieszką jodoformu i wprowadza do niego chloroperkę w formie pasty i czopki gutaperkowe z proszkiem srebra.

Dążeniem autora było wypełnienie głównego przewodu aż do samego jego szczytu i wolał raczej gutaperkę przepchać poza korzeń, aniżeli go niezupełnie wypełnić.

Piękne i wyraźne zdjęcia roentgenologiczne 500 zębów o 839 przewodach wykazują drożność wszystkich przewodów aż do wierzchołka u 424 zębów, względnie na ogólną ilość przewodów 839 było drożnych przewodów 791, czyli 94.3%. Między temi korzeniami jest mnóstwo zakrzywionych przewodów, co też spowodowało pokaźną ilość złamanych igieł, bo aż 23, ale mimo to wszystko udało się autorowi te przewody wypełnić aż do samego ich szczytu. Nawet niektóre boczne rozgałęzienia przewodów okazują się na zdjęciu roentgenologicznem jako wypełnione. W 17 przewodach widać fausse route. Najmniej drożnemi okazały się przewody dolnych zębów mądrości, a najlepiej — w znaczeniu ilościowem — dolne i górne środkowe siekacze i drugie górne przedtrzonowce. Ogólnie przedstawia się zestawienie w ten sposób, że na 500 zębów okazały się przewody jako drożne w 80% przypadków.

Autor nie wierzy w to, żeby środek antyseptyczny w wypełnieniu korzenia działał przez długi czas na zakażone resztki miazgi korzeniowej

i na okolicę okołowierzchołkową, dlatego sądzi, że lepiej się przysłużymy naszym pacjentom, jeżeli usuniemy zgorzelinowy ząb, aniżeli wypełnimy niezupełnie i nieszczelnie jego korzenie. Wypełnienie zupełne jest możliwe w przeważnej ilości przypadków, jak widzimy z zdjęć roentgenowskich.

Brill (Lwów).

Ullik (Wiedeń). Die histologische Kontrolle von verschiedenen Methoden der Wurzelkanalreinigung. (Histologiczna kontrola rozmaitych sposobów czyszczenia przewodów korzeniowych). Z. f. Stom. 1929, nr. 11. str. 1037.

Autor postawił sobie za cel niżej opisanego badania stwierdzenie jak dalece jesteśmy w stanie oczyścić główne przewody korzeniowe i ich odgałęzienia rozmaitemi środkami mechanicznemi i chemicznemi. Do tego celu użył 200 świeżo usuniętych rozmaitych zębów, bez względu na stan kliniczny i patologiczny miazgi. Przewody korzeniowe rozszerzał znanemi rozszerzaczami, przemywał je rozmaitemi środkami i następnie utrwalał w 10% formalinie. Nie udało się autorowi uczynić drożnemi wszystkich przewodów aż do otworu szczytowego z powodu ich skrzywienia lub zębiniaków. Z części szczytowych korzeni zrobił autor poziome serjowe przekroje i poddał je badaniom histologicznym. Przy badaniu zwracał głównie uwagę na te części przewodów, dokąd igła usuwająca resztki miazgi nie dochodziła, n. p. na boczne kanaliki, rozgałęzienia szczytowe, lub wgłębienia w głównych przewodach.

I tak wymiażdżył Ullik resztki miazgi korzeniowej z 35 przewodów i przemył je podchlorynem i tyleż przewodów przemył antyforminą celem porównania działania chemicznego, biorąc przeważnie po 2 zęby tego samego pacjenta. Metodę Dra Schreiera, (kalium-natrium) zastosował w 12 przewodach, a w 5 przewodach stosował najpierw neoantyforminę, a potem kalium-natrium. Autor posługiwał się też wodą królewską, neoantyforminą w połączeniu z wprowadzeniem gorącej igły Rumpla, kwasem solnym i pepsyną, jakoteż neoantyforminą w połączeniu z proteolitycznym fermentem, pozostawiając szczególnie zamknięte korzenie w cieplarce przez 2 dni. Następnie stosował neoantyforminę z perhydrolem, poddając ostatni działaniu lampy kwarcowej i wreszcie zrobił wkładki z pantoseptu i chloraminu.

W 41 mikrofotografjach histologicznych uwidocznił autor działanie tych chemikaljów i doszedł do następujących rezultatów. Działanie neoantyforminy i podchlorynu ułatwia najbardziej ze wszystkich stosowanych środków usunięcie resztek miazgi i rozszerzenie przewodów. Boczne kanaliki tudzież wgłębienia w głównych przewodach wykazują bez względu na rodzaj środków chemicznych w większej lub mniejszej ilości istnienie resztek rozpadłych części organicznych. Miejsca, które nie były osiągalne igłą, wykazują stale resztki miazgi. Ponieważ autor nie osiągnął przytoczonemi sposobami zamierzonego celu, t. j. oczyszczenia bocznych przewodów, przeto zastosował w dalszych 10 przewodach, które miały razem 13 bocznych kanalików metodę Howe'a, strącanie srebra zapomocą eugenolu i stwierdził istnienie strąconego srebra we wszystkich bocznych przewodach i wgłębieniach, a tylko w 3 przypadkach mógł jeszcze rozróżnić obok srebra także i organiczne resztki.

Brill (Lwów).

OCENY KSIĄŻEK.

Hans Pichler. Wiedeń. Podręcznik naukowy o przygotowaniu ubytków wedle zasad Blacka. (Lehrbuch der Kavitätenpräparation). Nakładem Hermanna Meussera, Berlin 1929, rycin 185, stron 140, cena opr. 16.50 mk. niem.

Znany chirurg wiedeńskiej kliniki Eiselsberga i zarazem jeden z najznakomitszych uczniów szkoły amerykańskiej Blacka opracował ten dział stomatologji, z którym prawie każdy praktyk codziennie się styka, który każdy dentysta powinien dokładnie znać, ponieważ ten dział stanowi jego główne źródło dochodu i uznania szerokich rzesz jego pacjentów. Autor wywiązał się wyśmienicie z tego bardzo trudnego zadania, gdyż ujął całokształt tej sprawy w lekkiej, zwięzłej i zrozumiałej formie przy pomocy wielkiej ilości przejrzystych rycin. Książkę tę czyta się bez natężenia, chociaż wiele rzeczy wydaje się czytającemu ogólnie znanemi i stosowanemi zasadami, jednak bardzo dużo może każdy w niej wyczytać i się z niej nauczyć. Wzór ujęcia całokształtu, przygotowanie ubytków, podział na klasy jakoteż potrzebne instrumentarjum i cała nomenklatura stanowiło dla autora wielkie wdutomowe klasyczne dzieło Blacka, obejmujące około 2.000 stron. Pichler nie chce bynajmniej swoim podręcznikiem zastąpić dzieło Blacka, ale dla szybkiej i ogólnej orjentacji w sprawie przygotowania ubytków jest ono w dotychczasowej literaturze najlepszym podręcznikiem. Autor ma inny pogląd na niektóre sprawy, aniżeli Black i więcej miejsca poświęca sprawom, które uważa za bardziej ważne; zajmuje się on nietylko klasycznemi szkolnemi przypadkami, ale uwzględnia także rzadsze przypadki, które w praktyce dość często się zdarzają i stanowią ciężki nieraz problem do rozwiązania. Autor wspomina też ubocznie o rodzajach wypełnień i daje bardzo cenne wskazówki praktyczne; nie pominął też przygotowania ubytków w zębach mlecznych.

Z wielką starannością ujął autor kwestję punktów stycznych (Kontakpunkt) twierdząc, że na tem polu leży najważniejsza różnica między sumienną a partacką pracą; uważa naukę o punktach stycznych i ich celowe odtworzenie za największy postęp stomatologji w ostatnich dziesiątkach lat. Dobre punkty styczne są zarówno ważne przy leczeniu jak i przy zapobieganiu powstawania próchnicy i t. zw. ropocieku zębodołowego, mając największe znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania i utrzymania zdrowego uzębienia. Punkt styczny nie znajduje się na powierzchni zgryzowej, musi być silny i jest punktem a nie linją. Przejrzyście przedstawił autor rozszerzanie się próchnicy w zębie i rozpad zębiny, wysnuwając z tego wnioski co do przygotowania ubytków bez narażenia miazgi. Graficznie zrozumiale przedstawiony jest sposób przygotowania ubytków, by zapobiec tak często zdarzającym się pęknięciom zębów przy wielkich ubytkach przedtrzonowców i niemniej doskonale przedstawione jest przygotowanie ubytków w górnych siecznych przy odłamanych krawędziach. Dużo miejsca poświęca autor instrumentom i sposobowi ich używania w szczególności najrozmaitszym wydrążaczom i dłutkom do szkliwa, które są jego głównemi narzędziami do przygotowania ubytków.

Brill (Lwów).

Loos. Przegląd obecnego stanu nauczania dentystyki i widoki na przyszłość. Kantorowicz. Amerykańska a niemiecka dentystyka.

Wydawnictwo H. Meusser, Berlin 1928. stron 61. cena 4. M. 50.

Krótka ta monografja składa się z dwóch artykułów: pierwszy pochodzi z pod pióra Loosa (Frankfurt n. M.), który kreśli w nim swe wrażenia odniesione ze studjum amerykańskich kolegjów dentystycznych i ze sposobu nauczania w nich, podczas gdy artykuł Kantorowicza stanowi memorjał, złożony władzom niemieckim. Loos z właściwą sobie gruntownością i swadą daje obraz obecnego nauczania dentystycznego w Ameryce, biorąc za przykład kolegjum dentystyczne w Nowym Jorku. Omawia więc przedewszystkiem siły nauczycielskie, skład osobowy i zakres przedmiotów wykładowych, porównując je z etatem osobowym zakładów niemieckich, następnie omawia wielkość instytutu i siły nauczycielskie dentystyczne w stosunku do ilości słuchaczy. Wreszcie staje na wysokiej platformie medycznej i omawia przedmioty lekarskie tudzież ściśle dentystyczne w stosunku w jakim są reprezentowane w kolegjum amerykańskiem i w instytucie niemieckim. W dalszym ciągu omawia czas trwania studjów i program studjów dzieląc je na studjum przedkliniczne i studjum kliniczne. Wśród 41 profesorów New-York College znajduje się 17 członków wydziału lekarskiego 16 wykłada przedmioty, ściśle dentystyczne, 8 reprezentuje nauki przyrodnicze, fizykę, chemję i t. d. W przeciwieństwie do tego spotykamy zwykle w instytutach niemieckich trzech profesorów wykładających trzy główne przedmioty dentystyki. W okresie powojennym starano się przez powiększenie liczby asystetnów uczynić zadość zwiększonym potrzebom nauczania, przyczem z powodu trudności finansowych rządu musiano część płac asystenckich pokrywać z bieżących dochodów instytutu. Prócz wymienionych powyżej 41 profesorów pracuje w nowojorskiem kolegjum dentystycznem jeszcze 53 instruktorów, jako pomocników profesorów w dziale chirurgji, protetyki, dentystyki zachowawczej, bakterjologji, roentgenologji, anatomji, patologji, chemji, keramiki i ortodoncji; możnaby ich porównać z docentami prywatnymi i nauczycielami instytutów niemieckich. Rzut oka na plan studjów amerykański i niemiecki pozwala nam odrazu zorjentować się w tem, że obie strony są równomiernie zainteresowane tem, by dentystykę umocnić w medycynie, równocześnie widzimy z tego, ile i co słuchacz dentystyki słyszy z medycyny ogólnej, usiłowania dotyczące są wprawdzie po obu stronach analogiczne ale właściwie różnym jest skład jedynie i działalność grona nauczycielskiego.

Ze stu trzynastu nauczycieli w Kolegjum nowojorskiem jest 41 lekarzy, we Frankfurcie nad Menem na dwunastu: ośmiu. Stosunek więc liczebny jest w obu wypadkach ten sam. Nie oznacza to marnotrawienia sił lekarskich, gdyż wykładają oni równocześnie dla studentów medycyny. W Ameryce daje się obecnie zauważyć silny rozpęd, mający na celu pogłębienie wyszkolenia lekarskiego w czasie studjów dentystycznych, można to już zauważyć w samem ugrupowaniu grona nauczycielskiego, w którem można rozróżnić trzy główne grupy: lekarską, odontologiczną specjalną i technologiczną. W Niemczech istnieje niewątpliwie potrzeba, by część dentystycznego grona nauczycielskiego posiadała przedszkolenie lekarskie, podobnie jak je posiadają lekarscy członkowie tego grona, L o o s nie wymaga jednak

tego dla wszystkich bezwzględnie. Jednem z najgłówniejszych zadań kierowników klinicznych oddziałów dentystycznych i ich asystentów jest, podobnie jak na klinikach ogólno-lekarskich, opracowanie anatomji patologicznej ich działu specjalnego. B e z p a t o l o g j i n i e m a k l i n i k i. Bez morfologji niema pewnej podstawy dla postępów doświadczalnej patologji i patologicznej fizjologji, bez jej nauk niema postępów dentystyki na jej linjach pochodu stomatologicznych i odontologicznych. Lekarz-dentysta musi posiadać dokładną znajomość ciała ludzkiego, jego narządów i funkcyj pdobnie, jak lekarz ogólny. Bez znajomości chemji fizjologicznej nie mógłby bowiem poznać dokładnie fizjologji śliny, zagadnienia próchnicy, nie mówiąc już o innych problemach, jak kwestja szkodliwości amalgamu, związku patologicznego obrazu krwi z chemicznemi i histologicznemi zmianami tkanek, które powinne interesować lekarza-dentystę, skoro on zajmuje się nietylko zębem usuniętym, lecz także ubytkiem, który po usunięciu zęba pozostaje, ubytkiem, który pozostaje w tkankach, będących częścią składową całego organizmu. Jedynie badanie krwi naoczne, nie lektura i oglądanie rycin, daje rzeczywisty obraz zmiany krwi, a więc choroby krwi. Tosamo można powiedzieć o innych badaniach laboratoryjnych, możliwych jedynie w wielkich, dobrze uposażonych instytutach. K a n t o r o w i c z w swoim memorjale uważa za ideał wyszkolenia dentystycznego stworzenie pewnego rodzaju „Akademji dentystycznej", którąby zastąpiła obecnie istniejące instytuty dentystyczne. Jest on wprawdzie sam tego zdania, że żądanie utworzenia takich akademij dentystycznych jest do pewnego stopnia utopją, lecz niemniej jednak jest tego zdania, że takie akademje mogłyby bez porównania lepiej wyszkolić przyszłe pokolenia dentystów, niż dotychczas istniejące instytuty dentystyczne. Taka akademja dentystyczna byłaby przeznaczona do wyszkolenia 400 do 500 studentów, a organizacja jej przedstawiałaby się w sposób następujący: kierownikiem byłby fachowiec, który na podstawie swojej kalkulacji, swojego wyszkolenia i swoich prac naukowych obejmowałby całość wiedzy stomatologicznej, nie mając jednak pretensji do posiadania jednakowej wprawy ręcznej we wszystkich gałęziach wiedzy stomatologicznej, jaką może mieć jedynie fachowiec długie lata w danej dziedzinie pracujący. Taki kierownik musiałby mieć szeroki podkład wiadomości z medycyny ogólnej i głównem jego zadaniem miałoby być dodawanie bodźca innym kierownikom poszczególnych oddziałów, nadawanie kierunku naukowego i wprowadzanie linji indywidualnej. Przez staranny dobór osobistości możnaby uzyskać to, żeby tylko wybitne jednostki mogły obrać taką karjerę akademicką. W akademji takiej należałoby utworzyć następujące oddziały: chirurgiczny, zachowawczy, techniczny, ortodontyczny, a pozatem pracownię naukową i oddział dentystyki społecznej. Na czele każdego z tych oddziałów stałby profesor akademji jako jego kierownik. Jego podwładnymi byliby asystenci, którzy mogliby być docentami prywatnymi, a którzy musieliby po pewnym oznaczonym czasie ustępować, by w ten sposób czynić miejsce innym. Wielkie zapotrzebowanie osób przy nauczaniu dentystyki jest uwarunkowane nie tyle wielkim obszarem wiedzy teoretycznej, co potrzebami nauczania, które wymaga wyuczenia zręczności i wypracowania odpowiednich metod pedagogicznych. Jeżeli naprzykład przy nauczaniu anatomji wystarcza właściwie jeden nauczyciel dla audytorjum, które jest ograniczone

właściwie tylko warunkami akustycznemi i optycznemi, a wogóle wielkość audytorjum stanowi właściwie bodziec niejako, który atmosferę duchową w sali wykładowej podnosi zarówno w oczach wykładającego jak i słuchaczy, to w dziedzinie wiedzy, która ma za zadanie wyuczanie ucznia pewnego zasobu wiadomości praktycznych, rzecz ma się wręcz przeciwnie, tutaj bowiem działa nauczający raczej przez bezpośredni oczywisty osobisty kontakt, który tembardziej znika im większa jest liczba uczniów. Zadaniem więc kierowników jest właściwie nie nauka zręczności lecz odbywanie odczytów i demonstracyj, tudzież nadzór nad asystentami i nad całokształtem nauczania, zwłaszcza w działach chirurgji, dentystyki zachowawczej, protetyki i ortodoncji. Właściwe nauczanie odbywa się za pośrednictwem asystentów, których zapotrzebowanie zmienia się też w rozmaitych działach. W chirurgji potrzeba na każdy fotel operacyjny jednego asystenta, dla dentystyki zachowawczej jednego na 10 foteli operacyjnych, dla nauki fantomowej jednego na 30 miejsc, podobnie w dziale ceramiki. W technice również należałoby przeznaczyć jednego asystenta na 30 miejsc, a w oddziele kliniczno-technicznym jeden asystent wystarczyłby na 10 foteli operacyjnych. Kwestja ortodoncji nie jest jeszcze uregulowana, dlatego nie można jeszcze podać dokładnie zapotrzebowania osobowego. W ten sposób mielibyśmy do czynienia ze sztabem około 25 do 30 asystentów przy zasadniczej liczbie 400 do 500 słuchaczy. Asystentów należałoby zatrudniać naturalnie przed południem i po południu, a to na dwu oddziałach celem wyćwiczenia ich należytego we wszystkich specjalnościach. Oddział dentystyki społecznej byłby połączony unją personalną z kliniką szkolną, przyczem nauczanie na tym oddziele musiałoby być wspomagane licznemi ćwiczeniami i demonstracjami. W Niemczech studjuje obecnie około 2000 do 3000 studentów dentystykę. Gdyby ich podzielić na s i e d m w i e l k i c h a k a d e m j i to mieliby oni doskonałą naukę, któraby zupełnie nie ustępowała wzorom amerykańskim, przez proponowaną organizację możnaby połączyć amerykańską metodykę nauczania z jej doskonałym postawieniem fachowiec, który na podstawie swojej kwalifikacji, swojego wyszkolenia syntezy naukowej.

Te śmiałe plany K a n t o r o w i c z a, zdaje się, nie dadzą się urzeczywistnić z tej prostej przyczyny, że takie olbrzymie przegrupowanie w zakresie nauczania, choćby nie wiedzieć jak zbawienne skutki mieć mogło dla przyszłego pokolenia adeptów dentystyki, to jednak rozbije się zawsze o kwestje personalne. Trudno sobie wyobrazić, jakby można zlikwidować dwa tuziny istniejących obecnie w Niemczech instytutów dentystycznych na to, by utworzyć jakich siedem idealnych akademij.

Allerhand (Lwów).

Misch. Fortschritte der Zahnheilkunde. Tom V. zeszyt 1—12. Nakładca Georg Thieme — Leipzig. Cały rocznik obejmuje w części I-szej stron 1090, w części II-giej (Literaturarchiv) stron 1233. W subskrypcji cena jednego zeszytu 8 marek niem. (= 17 złotych). Całość 96 mk. niem.

W roku 1929 opuścił prasę V. tom nadzwyczaj cennego wydawnictwa Dra Juljusza Mischa, dającego nam pogląd w zbiorowych artykułach na postęp poszczególnych działów stomatologji i nauk pokrewnych

a zarazem zawierający w II. części krótkie referaty z piśmiennictwa całego świata. Szczegółowy wykaz współpracowników jako i tematów podany jest w przeglądzie piśmiennictwa w tymże numerze naszego pisma. Nie potrzebujemy podkreślać znaczenia tego wydawnictwa, gdyż w ciągu pięciu lat złożyło ono już dowód swej pierwszorzędnej wartości i okazało się niezbędnem nietylko w bibljotekach naukowo pracujących, ale jako doskonały informator dla każdego praktyka-lekarza-dentysty. Pismo nasze niejednokrotnie podawało streszczenia poszczególnych artykułów tegoż wydawnictwa w rocznikach poprzednich. *Czeszyński.*

Ruch w Towarzystwach.

Polski Komitet Narodowy F. D. I. — Grupa Lwowska.

Protokół posiedzenia Wydziału Wykonawczego (Grupy Lwowskiej) F. D. I. z dnia 3. grudnia 1929.

Obecni: Prof. Cieszyński, Dr. Allerhand, Dr. Atlas i Dr. Szafran jako gość.

1) Przewodniczący odczytuje pisma nadeszłe i wysłane w miesiącu wrześniu 1929., między innemi urgensy o zaległe składki (Związek lek. dent. Zachodnich Ziem Polski) i Związku lek. dent. w P. P.

List Dra Watry'ego (Bruksela) z dnia 7 listopada 1929 w sprawie wystawy higjenicznej, mającej się odbyć w Brukseli w lipcu 1930 r. Ponieważ Prof. Wilga na list w tej sprawie doń wysłany nie odpisał, uchwalono wysłać urgens ponowny, ponieważ na urgens pierwszy również nie odpisał. Urgens ten ma wysłać Dr. Atlas wspólnie z Drem Nacherem.

W sprawie almanachu postanowiono zakupić 2 egzemplarze almanachu niemieckiego Bejacha.

Dr. Allerhand referuje pisma, które nadeszły od Dra Hueta z Brukseli w sprawie dokumentacji, a mianowicie pisma z dnia 21. VIII. i 12. VIII. 1929. Pisma te zostały przetłumaczone przez referenta na j. polski i mają być drukowane w najbliższym numerze Pol. Dent.

Następnie odczytuje pismo Komisji prasowej w sprawie propagandy VIII. Międzynarodowego Kongresu dentystycznego, mającego się odbyć w r. 1931. w Paryżu. Uchwalono list ten również umieścić w Pol. Dent. Następnie odczytuje uchwały powzięte przez Kom. Dokum. w Utrechcie, które również zostaną wydrukowane w Pol. Dent.

W sprawie Komisji prasowej FDI. uchwalono po wydrukowaniu w Pol. Dent. przesłać 2 numery dowodowe Drowi Bejachowi jako sekretarzowi Komisji Prasowej.

Na list Villaina z Paryża w sprawie wykazu członków polskich FDI., postanowiono listę poprawioną odesłać mu z powrotem, przyczem postanowiono przy każdem nazwisku umieścić odpowiedni tytuł, a mianowicie Prof., Dr. lub lekarz-dentysta.

List z dnia 19. XI. 1929 w sprawie ewentualnej interwencji W. W. FDI. u władz polskich, postanowiono przyjąć do wiadomości, treść jego

zakomunikować komisji nauczania, a ustępy z biuletynu FDI. w liście tym zacytowane, a odnoszące się do zebrania w Brukseli w r. 1908 i zebrania w Genewie w r. 1906 postanowiono przetłumaczyć na j. polski i podać do wiadomości Komisji nauczania, ew. za pośrednictwem Pol. Dent. — Oprócz tego postanowiono przetłumaczyć artykuł w sprawie studjów z biuletynu FDI. 1925 — 1926, Nr. 1, 2, 3. i umieścić w Pol. Dent.

2. Pismo Komisji Higjeny w sprawie memorjału do władz. Dra Bruskego i Tholucka z dnia 25. XI. 1929 ma przetłumaczyć p. Dr. Bardaszówna i udzielić w odpisie Prof. Wildze i prosić tegoż o odpowiedź do dnia 15. I. 1930.

Prof. Wilgę należy poprosić o wysłanie odpowiedniego memorjału do Min. Pracy i Opieki Społecznej, Min. Spraw Wewn., Depart. Służby Zdrowia, z prośbą o udzielenie treści urzędowo do wiadomości Wojewódzkim Urzędom Zdrowia. Również postanowiono zamieścić ten list w pismach a mianowicie w Pol. Dent., Przegl. dent., Kronice dent., Pol. Gaz. lek., Nowinach lek., i Warszawskiem Czasopiśmie Warszawskiem.

Następnie odczytano list Dra Villaina z dnia 10. XI. 1929 w sprawie Międzynarod. Zjazdu w Paryżu i postanowiono założyć osobną teczkę, z napisem Zjazd w Paryżu 1931.

Komisja Deontologji (przew. Dr. Cylkowski, Poznań. Postanowiono, że Dr. Szafran ma wspólnie z Drem Cylkowskim ułożyć kodeks deontologji. Również uchwalono kupić kalendarz dent. Bejacha.

Komisja Badań naukowych. Postanowiono napisać pismo do Lek. dent. Jarząba do Poznania w sprawie propagandy Komisji Badań naukowych w Poznaniu.

Komisja dokument. ma się zająć przeróbką i uzupełnieniem Słownika Krakowskiego i zaprosić do współpracy Prof. Kryńskiego, przyczem powinno się słownik ułożyć nietylko w j. polskim, lecz także w językach: niemieckich, francuskim i angielskim. O fundusze na ten cel winno się starać w Kasie Mianowskiego i w Min. W. R. i O. P. ew. prosić o współpracę Spółkę wydawn. lek. Pożądane by też było opracowanie terminologji dentystycznej do mającego wkrótce się ukazać nowego wydania słownika lekarskiego, przyczem możnaby połączyć jedno z drugiem. Na tem posiedzenie odroczono do dnia 10. grudnia 1929 i postanowiono odbyć to posiedzenie wspólnie z zebraniem A. S. I.

Lwów, dnia 3. grudnia 1929.

Dr. Allerhand, sekretarz. *Prof. Cieszyński,* przewodniczący.

Fédération Dentaire Internationale.

Komisja Prasowa. Komunikat I.

Komisja prasowa F. D. I. (przewodniczący Konrad Cohn, sekretarz Hans Egon Bejach) przysłała poniższy komunikat z prośbą o umieszczenie: Fédération Dentaire Internationale odbyła swoje zebranie roczne od 7. do 11. sierpnia 1929. w Uniwersytecie w Utrechcie (Holandja). W zebraniu tem uczestniczyli oficjalni zastępcy zrzeszeń dentystycznych z 18 rozmaitych państw, przyczem F. D. I. reprezentuje lekarzy dentystów z 40-tu rozmaitych krajów. Władze F. D. I.: Wydział Wykonawczy, w którym poszczególne kraje reprezentowane są przez przedstawicieli w liczbie od

jednego do pięciu, odpowiednio do liczby lekarzy-dentystów, pozatem dziewięć komisyj. Cel F. D. I. odpowiednio do ust. 2. statutów:

a) Przyjęcie lub nieprzyjęcie zaproszeń poszczególnych krajów do odbycia między-narodowego zjazdu dentystycznego i ustalenie miejscowości, w której ten zjazd ma się odbyć.

b) Wzmacnianie łączności pomiędzy narodowemi związkami dentystycznemi,

c) stwarzanie komisyj międzynarodowych w miarę potrzeby,

d) tworzenie związków poświęconych postępowi wiedzy dentystycznej na całym świecie,

e) rozdawnictwo międzynarodowej nagrody Millera.

Prace wydziału wykonawczego jak i komisyj poruszały się w czasie zgromadzenia w Utrechcie po linjach powyżej naszkicowanych, o czem później nastąpi obszerne sprawozdanie. Między innemi przyjęto tam regulamin najbliższego międzynarodowego kongresu dentystycznego, który ma się odbyć w Paryżu w sierpniu 1931. Również wybrano komitet przygotowawczy kongresu paryskiego.

Koledzy! bierzcie udział w VIII. międzynarodowym kongresie w Paryżu w 1931 r.!

Równocześnie z zebraniem w Utrechcie urządziło holenderskie towarzystwo dentystyczne zebranie i wystawę higjeny jamy ustnej, która się odbyła pod protektoratem królowej matki a pod honorowem przewodnictwem księcia małżonka Henryka Niderlanckiego. Dr. A. I. L. van Hasselt (Haga) przewodniczył obradom. Zjazd odbywał się w trzech sekcjach i obradował nad najważniejszemi kwestjami higjeny jamy ustnej, przyczem wygłoszonych zostało trzydzieści ośm odczytów przez lekarzy-dentystów holenderskich i zagranicznych; te odczyty zostały ogłoszone w osobnym numerze czasopisma Tijdschrift voor Tandheilkunde.

Wystawa odbyła się w dwóch salach Uniwersytetu. W jednej z nich można było oglądać przedmioty wystawione przez Holandję, w drugiej przedmioty przysłane z Ameryki, Belgji, Kanady, Anglji, Niemiec, Francji, Japonji i t. d. Wystawa obesłana była pierwszorzędnym materjałem, była ona przystępna dla publiczności i cieszyła się bardzo liczną frekwencją. Pokazywano filmy naukowe i popularne z zakresu higjeny jamy ustnej z Ameryki, Anglji, Niemiec, Holandji i Francji. Wystawa przemysłowa pokazała uczestnikom nowości, o których będzie zdana sprawa później. Wszyscy uczestnicy byli pełni entuzjazmu z powodu gościnnego nad wyraz przyjęcia zgotowanego przez kolegów holenderskich. Można uważać zebranie F. D. I. w Holandji jako sukces najwyższego stopnia w każdym kierunku.

Komisja prasowa F. D. I.

Komisja Higjeny F. D. I.

Rezolucje przyjęte na wniosek Komisji Higjeny jamy ustnej w Utrechcie w sierpniu 1929.

1) Schorzenia zębów i jamy ustnej należą do najczęściej u ludu występujących chorób.

2) Przez stałe uświadamianie mas należy rozszerzyć przekonanie, że celowe używanie uzębienia i pieczołowita pielęgnacja jamy ustnej jest głównym warunkiem dla zapobiegania i zwalczania schorzeń zębów i jamy ustnej, jakoteż ich następstw.

3) Pielęgnowanie uzębienia jest podstawą zdrowia społeczeństwa, odpowiednie odżywianie kobiety ciężarnej i karmiącej, odżywianie niemowlęcia mlekiem matki, dziecka pożywnym pokarmem, zapewniają rozwój silnego zdrowego uzębienia.

4) Higjeny szkolna jamy ustnej jest istotną częścią opieki społecznej. Opieka dentystyczna powinna rozpocząć się we wieku szkolnym i trwać nadal po ukończeniu szkół.

5) Wszędzie, gdzie istnieje prawo opieki lekarskiej, opieka dentystyczna powinna stanowić nieodłączną część pomocy lekarskiej.

6) Należyte wyzyskanie pożywienia zależne jest od stanu zdrowia jamy ustnej i zębów; dlatego też opieka dentystyczna powinna iść w kierunku zachowywania zębów, a nie ich usuwania.

7) Higjena jamy ustnej jest ważną częścią ogólnej higjeny, której nie należy lekceważyć, i należy ją wszędzie wszelkiemi środkami popierać.

Wniosek.

Ponieważ ważne jest dla społeczeństwa, by uświadomione było o znaczeniu higjeny jamy ustnej i jej stosunku do zdrowia ogólnego i ponieważ pouczanie to odbywa się często w sposób zupełnie niewłaściwy przez „ludzi interesu", którzy starają się jedynie o zwiększenie popytu na własny swój towar, należy uchwalić następujące:

1) Komisja Higjeny Federation Dentaire Internationale poleca miarodajnym Związkom dentystycznym poszczególnych krajów przeprowadzić to uświadamianie i czuwać nad niem dla dobra ogółu na własną odpowiedzialność i we właściwy sposób.

2) Pouczanie to odbywać się powinno w imieniu miarodajnych Związków dentystycznych danego kraju.

Komunikaty Komisji Nauczania F. D. I. Paryż, 19 listopada 1929.

Komisja nauczania przyjęła do wiadomości w czasie zebrania w Utrechcie memorjał przygotowany przez Pana dla niej w sprawie Dra dentystyki w Polski.

Po starannem zbadaniu sprawy postanowiła w swem sprawozdaniu przedłożyć wydziałowi wykonawczemu rezolucję, którą tenże przyjął i polecił mi zakomunikować ją Szanownemu Panu Koledze:

„F. D. I. nie może rozpoczynać żadnych kroków u jakiegokolwiek rządu. Sformułowała ona życzenia i rezolucje dotyczące wzorowego toku studjów jako minimalnego i umieściła je w sprawozdaniu F. D. I. z zebrania w Brukseli w r. 1908, str. 76 i 77; Zebranie w Genewie 1906, Biuletyn, pierwszy rocznik Nr. 1, 2 i 3 str. 104 i 105".

Sekretarz generalny: *G. Villain.*

Podajemy poniżej zacytowane uchwały F. D. I. powzięte w Genewie w r. 1906 i w Brukseli w r. 1908.

„FDI. jest tego zdania, że należy coś zarządzić w tym celu, aby uczynić zrozumiałem tym, którzy zajęci są nauczaniem początkowem młodzieży dentystycznej, że wykształcenie zręczności manualnej musi być uzupełnieniem wykształcenia umysłowego. Ma to zastosowanie przedewszystkiem u tych, którzy mają zamiar poświęcić się chirurgji ogólnej i chirurgji dentystycznej.

Szkoły dentystyczne powinny w swoich programach mieć uwidocznioną liczbę godzin i dni obejmujących kursy praktyczne i demonstracje.

Program nauki medycyny winien zostać zreformowany w tym kierunku, by zapewnić nauczaniu gałęzi specjalnych dentystyki w ciągu dwóch lat przynajmniej 1.200 godzin w każdym roku, a studja te winny być uwieńczone oficjalnym dyplomem dentystycznym po surowym egzaminie ze wszystkich gałęzi nauczanych".

Sprawozdanie ze zjazdu w Genewie, 1906, pp. 52, 53).

Bruksela. 1908. „Co się tyczy minimalnego programu dentystycznego proponuje FDI. przyjęcie programu, przyjętego już w roku zeszłym, dodając do tego ćwiczenia fantomowe w drugim roku a patologję ogólną w trzecim roku; wobec tego przedstawiać się będzie ten program minimalny w sposób następujący:

Program dzieli się w naturalny sposób na:

1) Nauczanie wstępne,

2) Nauczanie specjalnych przedmiotów dentystycznych,

3) Nauczanie przedmiotów ogólnych, wspólnych dentystyce, filozofji, medycynie i chirurgji.

1) Nauczanie wstępne. Jest ono (wzgl. powinno być) identyczne z nauczaniem potrzebnem do imatrykulacji studentów Wydziałów filozoficznych, (przyrodniczych i humanistycznych), prawniczych, teologicznych i lekarskich.

2) i 3) Przedmioty specjalne i ogólne nauczania powinny być kombinowane w programie czteroletnim w następujący sposób:

Rok pierwszy: Pracownia protetyczna, praca mechaniczna conajmniej 800 godzin, chemja wraz z metalurgją 100 godzin, zajęcia praktyczne z chemji 30 godzin, fizyka 100 godzin, zajęcia praktyczne z fizyki 30 godzin, wykłady i demonstracje anatomji ciała ludzkiego 100 godzin, anatomja praktyczna, ćwiczenia sekcyjne 200 godzin.

Rok drugi: Pracownia protetyczna: 800 godzin, fizjologja 100 godzin, sekcje 400 godzin, mechanika dentystyczna kurs teoretyczny i demonstracje 100 godzin, ćwiczenia na fantomach 100 godzin.

Rok trzeci: Pracownia protetyczna, 600 godzin, anatomja i fizjologja dentystyczna, ludzka i porównawcza, 100 godzin, prace praktyczne w szpitalu dentystycznym obejmujące dentystykę operatywną, protetykę, ortodoncję i anestezjologję 600 godzin, patologja i chirurgja ogólna, chirurgja jamy ustnej, i części pobliskich, farmakologja i terapja 30 godzin, prace praktyczne z histologji dentystycznej 30 godzin.

Rok czwarty: Prace praktyczne w szpitalu dentystycznym, 960 godzin, protetyka dentystyczna i ortodoncja 200 godzin, patologja i chirurgja dentystyczna 100 godzin.

Propozycja przyjęcia definitywnego Programu idealnego zatwierdzona roku zeszłego w ujęciu następującem:

Przedszkolenie wstępne ogólne zgodnie z minimalnym programem studjów.

Rok pierwszy: Pracownia protetyczna, chemja, zajęcia praktyczne z fizyki, biologja, wykłady i pokazy z zakresu anatomji ludzkiej, metalurgja dentystyczna.

Rok drugi: Pracownia protetyczna, fizjologja, prace praktyczne z histologji, (i embrjologji), sekcje, zasady i pokazy mechaniki dentystycznej.

Rok trzeci: Protetyka laboratoryjna, prace praktyczne w szpitalu dentystycznym obejmujące dentystykę operatywną, klinikę dentystyczną, protetykę, protetykę kliniczną, klinikę anestezjologji, klinikę patologji i chirurgji jamy ustnej, ortodoncję, patologję, chirurgję ogólną i chirurgję szczegółową jamy ustnej, internat w szpitalu (stage) chirurgicznym, patologja ogólna i chirugiczna, anatomja i fizjologja dentystyczna, ludzka i porównawcza.

Rok czwarty: Protetyka laboratoryjna, prace praktyczne w szpitalu dentystycznym, prace praktyczne z histologji i bakterjologji dentystycznej, chirurgja dentystyczna, patologja dentystyczna, zasady i praktyka patologji chorób wewnętrznych, staże w ogólnym szpitalu lekarskim, farmakologja i terapja ogólna, farmakologja i terapja dentystyczna.

Rok piąty: Protetyka laboratoryjna, prace praktyczne w szpitalu dentystycznym, anestezjologja, protetyka chirurgiczna, higjena dentystyczna, bakterjologja, roentgenologja i elektroterapja, dentystyka sądowa.

(Sprawozdanie z zebrania w Brukseli 1908, pp. 76, 77).

Komisja Dokumentacyjna F. D. I. — Komunikat. 1.

Międzynarodowy Związek Dentystyczny. Międzynarodowy ośrodek dokument. FDI.

Bruksela, 1929, 08, 12, Polska Dentystyka, Lwów. Panie Redaktorze Naczelny.

Zwracamy się do Pana jako współpracownika w ujednostajnieniu i standardyzacji klasyfikacji w literaturze, którą Pan stosujesz w artykułach, wychodzących w „Polskiej Dentystyce“. W załączeniu pozwalamy sobie przesłać wnioski Komisji Dokumentacyjnej FDI, przyjęte przez Wydział Wykonawczy FDI. na posiedzeniu dnia 10. sierpnia 1929.

Międzynarodowy Ośrodek Dokumentacyjny będzie miał na przyszłość byt swój zapewniony przez odstąpienie go towarzystwu nie mającemu zysku na celu: „Fundacji Dentystycznej Dokumentacyjnej“, utworzonej pod ochroną praw belgijskich, które jej zapewnią osobowość prawną i w konsekwencji prawną konsekwencję darów przez fundację otrzymanych.

W umowie, którą zawrze FDI i jej Okręgowe Ośrodki Dokumentacyjne, będzie zawarta klauzula zastrzegająca obowiązek tworzenia „zbiorów dokumentów“ (dossiers) dla artykułów indeksowanych według klasyfikacji FDI.

Łatwo zrozumieć ważność tego postanowienia i dla „Polskiej Dentystyki“, gdyż w ten sposób literatura, w niej zawarta, będzie nietylko przechowana, lecz również poklasyfikowana i zużytkowana wszędzie, gdzie-

kolwiek Okręgowe Ośrodki Dokumentacyjne zostaną utworzone. Przesyłanie potrójnych egzemplarzy czasopisma do Ośrodka międzynarodowego umożliwi utworzenie wzorów dla opisanej powyżej organizacji.

Kiedy rozpoczniemy tworzenie zbiorów dokumentów (dossiers), prześlemy Wam inwentarz otrzymanych zbiorów i ewentualnie numerów brakujących.

Przystosowanie tablic klasyfikacyjnych F. D. I. do potrzeb literatury bieżącej z jednej strony i utrzymanie z drugiej strony koniecznej stałości może być zapewnione w sposób następujący: Komisja Dokumentacyjna ma obowiązek w okresie czasu pomiędzy Międzynarodowemi Kongresami Dentystycznemi (MKD.) notować życzenia osób zajmujących się indeksowaniem dokumentów; przed każdym Międzynarodowym Kongresem Dentystycznym urządza ona ankietę u wszystkich, używających tablic klasyfikacyjnych, i przedkłada ewentualnie Kongresowi projekt, który zebranie ogólne albo utrzymuje albo uchyla. Ten sposób postępowania zwraca się więc zarówno do tych, którzy są bezpośrednio zainteresowani w dobrem i należytem użyciu tablic klasyfikacyjnych, jak i może on pewne zmiany i modyfikacje wprowadzić jedynie za zgodą ogólną. Tego sposobu postępowania trzymaliśmy się od czasu ostatniego Międzynarodowego Kongresu Dentystycznego, odbytego w Filadelfji w r. 1926, przyczem według ogólnego zdania nie zachodzi potrzeba wprowadzania na razie żadnych zmian do istniejących tablic klasyfikacyjnych.

Prosimy o łaskawe przesłanie nam przed najbliższem zebraniem F. D. I. propozycyj, które chcielibyście uczynić na najbliższym Międzynarodowym Kongresie Dentystycznym w Paryżu w 1931.

Nowe wydanie ogólnych tablic klasyfikacji decymalnej jest wkrótce zamierzone przez Międzynarodowy Instytut Bibljograficzny (Institut International de Bibliographie), który przyjął w zupełności klasyfikacje F. D. I. przyczem zostaną wprowadzone doniosłe zmiany udoskonalające zwłaszcza w dziedzinie nauk pokrewnych z naszą specjalnością. Zmiany te przyczynią się do zwiększenia dokładności naszych rubryk bez potrzeby modyfikowania naszej klasyfikacji. Będzie rzeczą pożyteczną uwzględnić tę okoliczność w ewentualnych projektach rewizji systemu decymalnego.

Zechciej przyjąć, Szanowny Panie Redaktorze, zapewnienie mego najwyższego poważania.

Dr. *Emil Huet*, Delegat F. D. I. do Międzynarod. Ośrodka Dokumentacyjnego.

Komunikat Komisji Dokumentacyjnej F. D. I. L. prez. 290/29 z dnia 12/VIII. 1929.

Sprawozdanie komisji dokumentacyjnej złożone wydziałowi wykonawczemu w sprawie Międzynarodowego ośrodka dokumentacyjnego (centre documentaire international.

W roku ubiegłym został stworzony na zebraniu F. D. I. w Kolonji Międzynarodowy Ośrodek Dokumentacyjny (M. O. D.), gdzie są przechowane dokumenty dotyczące F. D. I.

Funkcjonowanie tego ośrodka polega na trzech zasadach:

1. Przechowanie wszelkich dokumentów, książek, przeglądów, wyciągów, rękopisów, i t. d. przychodzących do Ośrodka.
2. Ich podział na określone grupy lub oddziały.
3. Oddanie ich do dyspozycji pracowników i badaczy.

Jest rzeczą konieczną zapewnienie trwałości podobnego dzieła i jego kontynuowanie nieograniczone nawet w wypadku gdyby F. D. I. zaprzestała swych czynności.

Jest rzeczą jasną, że w tych warunkach sprawne funkcjonowanie nie mogłoby być zapewnione ani przez F. D. I. ani przez żadną z organizacyj od niej zależnych lecz wyłącznie prze zjednostkę prawną w tym celu ustanowioną. W obecnym stanie ustawodawstwa nie istnieje żadna możliwość zapewnienia prawnego istnienia międzynarodowego zrzeszenia na wzór naszej federacji. Jedynie nowe prawo belgijskie z dnia 29-go czerwca 1921 r. dozwoliłoby F. D. I. na stworzenie towarzystwa nie obliczonego na zysk, któremu mogłaby powierzyć agendy Międzynarodowego Ośrodka Dokumentacyjnego.

Stworzenie takiej fundacji pociągnęłoby za sobą w konsekwencji cały szereg pomyślnych rezultatów:

1. Zapewnienie nieograniczonej ciągłości dziełu o wysokiem znaczeniu z punktu widzenia ogólnych interesów zawodowych.

2. Odciążenie F. D. I. ze znacznej odpowiedzialności wynikającej z obowiązku przechowania prac naukowych autorów współczesnych dla przyszłych pokoleń.

3. Umożliwienie protektorom wszelkich narodowości objawienia nam swej sympatji przez dostarczenie im pewności, że ich dary nigdy nie miną się ze swem prawdziwem przeznaczeniem.

4. Wreszcie zwolnienie w najbliższej przyszłości F. D. I. z zobowiązań budżetowych wynikających z przechowywania i użytkowania całego dobytku dokumentacyjnego.

W rezultacie tego prosimy o upoważnienie Biura F. D. I. do odstąpienia dokumentów Międzynarodowego Ośrodka Dokumentacyjnego Fundacji Dokumentacyjnej z chwilą jej utworzenia.

Wnioski.

A. Ośrodki Dokumentacyjne F. D. I.

1. Dobytek materjalny F. D. I. Zważywszy, że dobytek F. D. I. obejmuje równocześnie zbiory Międzynarodowego Ośrodka Dokumentacyjnego stworzonego w Kolonji w r. 1928. jakoteż Okręgowych Ośrodków Dokumentacyjnych (O. O. D.) F. D. I., Komisja Dokumentacyjna (K. D.) czyni wniosek by ten dobytek pozostawał pod zarządem Rady Zawiadowczej, złożonej przez biuro F. D. I. (przewodniczący, sekretarz, skarbnik) i z delegata i by Wydział wykonawczy F. D. I. mianował jako delegata obecnego przewodniczącego Komisji Dokumentacyjnej (p. Huet).

2. Międzynarodowy Ośrodek Dokumentacyjny (M. O. D.).

Komisja Dokumentacyjna nie mogąc przyjąć odpowiedzialności za prowadzenie Międzynarodowego Ośrodka Dokumentacyjnego czyni wniosek, by Wydział wykonawczy przelał agendy zarządu Międzynarodowego Ośrodka Dokumentacyjnego na Fundację Dokumentacyjną obecnie się tworzącą.

3. Okręgowe Ośrodki Dokumentacyjne (Centre Documentaires Regionaux). Komisja Dokumentacyjna czyni wniosek, by: Wydział wykonawczy przyjął z dniem dzisiejszym aż do zatwierdzenia przez Międzyna-

rodowy Kongres w Paryżu projekt umowy z Ośrodkami Okręgowemi i by biuro było odpowiednio do tego upoważnione do działania.

B. Dokumentacja na kongresach dentystycznych.

4. Komisja Dokumentacyjna czyni wniosek, by linje wytyczne przyjęte przez nią na obecnem zebraniu zostały uwzględnione w regulaminie Kongresów Dentystycznych.

5. By wszystkie dokumenty odnoszące się do tych kongresów zostały niepodzielnie wcielone do dobytku dokumentacyjnego F. D. I.

6. By w sprawozdaniach kongresu będących w rzeczywistości publikacjami F. D. I. uwzględniono propozycje opracowane przez Komisję Dokumentacyjną.

Dr. *H. Allerhand*, organizator Komisji Dokumentacyjnej PKN. FDI.

Sekcja Polska Międzynarodowego Związku Stomatologicznego (A. S. I.).

P r o t o k ó ł IX. p o s i e d z e n i a **A. S. I.**, odbytego w dniu 10. grudnia 1929 r., we wtorek godz. 20.

O b e c n i: Prof. Cieszyński, Dr. Allerhand, Dr. Atlas, Dr. Gorczyński.

P o r z ą d e k d z i e n n y: 1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia t. j. z dnia 3. stycznia 1929 r. — 2) Sprawa pisma z dnia 26. X. 1929 od Dra A. Herpina z Paryża.

Protokół poprzedni odczytano i punktami stwierdzono jakie sprawy zostały w tym protokole załatwione.

Następnie uchwalono 1) wysłać nową listę członków Polskiej Sekcji A. S. I. do Dra Jaques Puiga (41, Cours Marigny, Vincennes près Paris). Pol. Dent. Nr. 4. 1929. str. 222 — 223.

Poprzedni wykaz z r. 1927. Pol. Dent. str. 82. został 14. XII. 1928 wysłany do Dra Herpina w Paryżu w Paryżu, 1. prot. ASI. 34/1928.

2) Wysłać pismo do wszystkich organizacyj dentystycznych w Polsce (a więc Związek lek. dent. w P. P., Związek zawodowy lek. dent. Chrześcijan, Związek lekarzy dent. Polaków w Wilnie, Związek lek. dent. i stomatologów w Krakowie, Związek lek. dent. Ziem zachodnich Polski) z prośbą o przystąpienie do A. S. I. i werbowanie sympatyków, którzyby się zapisywali indywidualnie do A. S. I. Opłata roczna 4. zł.

3) Dr. Atlas roześle biuletyny ASI. do członków ASI., jednak z powodu ograniczonej ilości egzamplarzy tylko pewna część członków będzie mogła biuletyn ten otrzymać. Z 50 egzemplarzy pozostających do dyspozycji, ma pozostać 5 egzemplarzy w zarządzie ASI,

4) Do Dra A. Herpina w Paryżu XVII. 5, Rue Anatole de la Forge wysłać wykaz członków Polskiej Sekcji ASI. jak również zapytać co zrobiono z artykułem Prof. Cieszyńskiego: „Der Heutige Stand der Ausbildung der Zahnärzte“ drukowanym w Zahnärztl. Rundschau.

Gdyby okazało się, że artykuł ten nie ukazał się w biuletynach (przejrzeć biuletyny), to należy prosić Dra Herpina o przetłumaczenie i wydanie w czasie najbliższym.

5) Dr. Atlas wyśle wkładkę za rok 1929 do Dra Dauguet A. Paris IX. 17, Rue Godot de Mauroy w kwocie 200 złotych, którąto kwotę należy

zredukować do 100 złotych, ponieważ w roku 1930 będzie drukowany cały szereg komunikatów z Polskiej Sekcji ASI, co częściowo pokryte być winno z wkładek członków Pol. Sekcji ASI.

6) Należy napisać do Krakowskiego Związku lek. dent. i stomatologów na ręce prezesa Dra Wodnieckiego, ażeby cofnął swe wystąpienie z ASI. ze względu na łączność ideową lekarzy stomatologów. Wkładka bardzo mała, bo tylko 4 zł rocznie, stanowi substrat materjalny tej łączności. Zarazem trzeba dodać, że w r. 1930 odbędzie się I. Międzynarodowy Zjazd ASI. w Wenecji, w roku zaś 1931 w Budapeszcie (z okazji 300-letniego jubileuszu Uniwersytetu Budapeszteńskiego).

7) Należy napisać do lek. dent. Jarząba i Dra Laknera, ażeby zaagitowali w Poznańskiem celem zwerbowania członków do Pol. Sekcji ASI.

2-gi punkt porządku dziennego. Dr. Gorczyński przeczytał pismo Dra Herpina z dnia 11. listopada 1929 do L. p. 44/29. (zob. Komunikaty A. S. I. w tym N-rze Pol. Stomat. 1930, str. 00, tak samo i uchwaloną przez zebranie odpowiedź).

Drogi Kolego!

Zebranie ASI., które odbyło się w Paryżu dnia 27. X. b. r. z okazji 6-go kongresu francuskich stomatologów, powzięło decyzję, którą pośpieszam podać do Waszej wiadomości.

Od r. 1914 odbywały się tylko zjazdy narodowe. Na każdym z takich zjazdów stwierdzano, że ilość członków cudzoziemców powiększała się znacznie, tak że czasami przewyższali ilościowo członków miejscowych. Stwierdzenie tych niezbitych faktów należy uważać za najlepszą chwilę dla organizowania zjazdów międzynarodowych. W tym celu zostało zorganizowane stałe biuro, którego celem będzie urządzanie takich zjazdów. Na czele tego biura stoi prezes ASI., oraz członkowie jak również delegaci po jednym z każdego kraju: Włochy: Dr. Perna, Węgry: Szabo, Hiszpanja: Landete, Holandja: de Ruyter Mayer, Belgja: Van der Ghinst, Portugalja: Pereira Varela, Niemcy: Moral, Polska: Cieszyński, Ameryka: Asgis.

Każdy z delegatów miałby misję zorganizowania zjazdów międzynarodowych w swoim kraju. W tym też celu należy stworzyć sobie podkomitet do pomocy. Podkomitet taki będzie mógłteż zająć się propagandą zjazdów międzynarodowych, które odbywają się w innych krajach. Będzie starać się o pozyskanie możliwie najwięcej stronników takiego zjazdu, będzie mógł udzielać dokładnych informacyj, tyczących się danego zjazdu.

Związek stomatologów włoskich postanowił w r. 1930 zwołać zjazd stomatologów włoskich w Wenecji. Zjazd ten odbędzie się pod protektoratem ASI i będzie mieć charakter międzynarodowy, równocześnie będzie zjazdem przejściowym. Konieczne więc jest, aby ten zjazd w Wenecji naznaczony na dzień 15 września 1930 uzyskał należną pomoc od członków ASI, jak również od delegatów, którzy wini wytężyć swoje siły, by zjazd ten wypadł możliwie najlepiej tak pod względem ilościowym jak i jakościowym.

W r. 1931 poraz pierwszy będzie przyznana nagroda (złoty medal Arkövy'ego) za najlepszą pracę stomatologiczną. W tym samym roku odbędzie się jubileusz 300-letni Uniwersytetu w Budapeszcie. Kolega wę-

gierski Dr. Szabo postanowił na ten czas zwołać Międzynarodowy zjazd stomatologów w Budapeszcie, który odbędzie się we wrześniu 1931 r. I tu też należy ażeby członkowie Stałego komitetu nawiązali łączność z Prof. Dr. Szabo i udzielili mu pomocy w jego wysiłkach.

Na kongresie w Wenecji stałe biuro ASI postawi na porządku dziennym sprawę prawodawstwa stomatologicznego i sztuki dentystycznej w różnych krajach, sekretarz zaś główny ASI. będzie musiał udzielać pod tym względem odpowiednich wyjaśnień. Dlatego też prosimy bardzo sekretarzy narodowych delegatów o przysłanie możliwie szybko przez nich wiadomości tyczących się danego kraju z podaniem odpowiednich dat i źródeł.

Biuro pragnie, aby sekretarze narodowi przysyłali raz na kwartał sekretarzowi głównemu sprawozdania, w których byłyby poruszane wszystkie sprawy zawodowe.

(—) *Dr. A. Herpin,* sekretarz generalny.

W odpowiedzi na to pismo należy odpisać list, któryby zawierał następujące punkty: 1) Podziękowanie za powyższe pismo i wyrażenie naszej radości z powodu rozwoju organizacji ASI. 2) Delegat na Polskę przyrzeka swoją pomoc w organizowaniu zjazdu w Wenecji i w Budapeszcie. 3) Żałujemy bardzo, że Prof. Dr. Szabo nas ubiegł, zapraszając ASI na zjazd do Budapesztu, inaczej prosilibyśmy ich do serca stomatologji w Polsce: do Lwowa, na V Zjazd stomatologiczny, który odbędzie się we Lwowie; w tym samym bowiem roku przypada 25-lecie pracy naukowej Prof. Cieszyńskiego. Zjazd we Lwowie zapowiada się nadzwyczaj dobrze. Przypuszczamy jednak, że może udałoby się połączyć oba zjazdy w Budapeszcie i we Lwowie w ten sposób, że będziemy się starali uzgodnić terminy.

Wyznaczylibyśmy specjalnie dwa dni na wykłady wyłącznie w językach kongresowych, dając pierwszeństwo gościom. Komunikacja kolejowa między Budapesztem a Lwowem wynosi około20 godzin, a sądzimy, że do czasu zjazdu będzie możliwa komunikacja aeroplanowa.

Przy tej sposobności zorganizowalibyśmy wycieczkę po całej Polsce (na warunkach ulgowych) — zwłaszcza do miast uniwersyteckich — które to wycieczki byłyby bardzo ciekawe i odbyłyby się bardzo tanim kosztem.

4) Co do informacyj, dotyczących ustawy dentystycznej w Polsce, zawiadamiamy, że ustawę dentystyczną w oryginalnem brzmieniu wysłaliśmy Drowi Herpinowi w dniu 27 listopada 1929 i prosimy go obecnie, ażeby kazał ją przetłumaczyć w Paryżu ewentualnie przy pomocy członka konsulatu polskiego.

Ustawę tę jako i artykuł dotyczący stanu dentystyki i stomatologji w Polsce można wydrukować w biuletynie stomatologicznym. Artykuł ten w języku niemieckim został przesłany również Dr. Herpinowi 21-go grudnia 1928.

Oba te artykuły uważamy za przesłane przez nas przyczynki do biuletynu.

5) W piśmie z dnia 11 listopada 1929 dowiadujemy się również, że w Budapeszcie ma być przyznana nagroda Arkövy'ego (złoty medal).

Proponujemy, ażeby nagroda ta została przyznana zasadniczo pracownikom naukowym na polu stomatologicznem za całokształt pracy.

Zapytujemy, czy są proponowani kandydaci, czy też poszczególne sekcje mają kandydatów przedstawić i do którego czasu.

Zapytujemy jaki jest skład Komisji ASI wyznaczonej do rozpatrzenia kandydatur na nagrody Arkövy'ego. O ile w tej sprawie nie zapadły jeszcze decyzje upraszamy bardzo biuro wykonawcze o rozpoczęcie prac przygotowawczych.

Na tem zakończono odpowiedź naszego listu.

List Dra Herpina oraz nasza odpowiedź ma być wydrukowana in extenso w Pol. Dent. (zob. str. 49).

Prof. Cieszyński stawia wniosek, ażeby Polska Dentystyka stała się organem ASI. Wniosek uchwalono.

Łącznie z tem, sekcja polska ASI zwraca się z prośbą do redakcji Pol. Dentystyki, żeby zmieniła z rokiem 1930 swoją nazwę na Polska Stomatologja. Uchwalono.

Polecono Drowi Allerhandowi przeczytanie artykułu w Kronice Izby lekarskiej Nr. 2, podpisanego literą **S.**

Poleca się Drowi Gorczyńskiemu przejrzenie Przeglądu Dentystycznego z ostatnich 3 lat i wybranie ważniejszych artykułów celem streszczenia w języku francuskim i wysłania do biuletynu i do La Revue de Stomatologie.

Propaganda ASI — stomatologji zagranicą. Do biuletynu i Revue de Stomatologie należy dawać prace od r. 1926. Należy posłać również streszczenia do La Stomatologia i do Węgier. — Należy nawiązać kontakt z Budapesztem i Wenecją, a utrzymać kontakt z Paryżem.

W roku 1930 winno reprezentować Polskę 2 delegatów w Brukseli. Dla delegatów należy uzyskać stypendjum z Warszawy.

Należy przygotować pismo do Min. W. R. i O. P.

Dr. Gorczyński, sekretarz. *Prof. Cieszyński,* przewodniczący.

Wyższe uczelnie.

Państwowy Instytut Dentystyczny w Warszawie. Sprawozdanie za rok ak. 1928/29.

(Przemówienie Dyrektora P. I. D. Prof. Jerzego Modrakowskiego).

Rok sprawozdawczy jest dziewiątym rokiem istnienia Państw. Instytutu Dentystycznego. Przebieg toku nauk naogół uważać można za normalny.

Pocieszającem zdarzeniem w tym roku stało się zorganizowanie Studenckiej Kasy Chorych, brak której dawał się młodzieży dotkliwie we znaki. Jest to w wysokim stopniu zasługą starań P. Prof. Romana Nitscha, Prodziekana Wydziału Lekarskiego, oraz dobrych chęci i życzliwości P. Prof. Feliksa Erbricha, za co też tą drogą składam Im wyrazy uznania i podziękowania.

Do korzystnych zdobyczy zaliczyć również należy uzyskanie z Ministerstwa Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. — oprócz dotychczasowych 7 stypen-

djów — dodatkowo ósmego. W tej chwili Instytut rozporządza ogółem 9 stypendjami, z których jedno jest ufundowane przez Zarząd Magistratu m. st. Warszawy. Ponadto Komisja Stypendjalna przyznaje pewne zapomogi z funduszu, zebranego z opłat na pomoc w naturze dla studentów i na stypendja tak, że obecnie korzysta z pomocy finansowej liczniejsze grono młodzieży niezamożnej, niż w latach ubiegłych.

Niezależnie od stypendjów, przeznaczonych dla uczącej się młodzieży, Instytut otrzymał w tym roku jeszcze 2 stypendja naukowe dla asystentów na wyjazd zagranicę na studja specjalne. Skorzystali z nich: adjunkt katedry Chirurgji Stomatologicznej i st. asystent katedry Techniki Dentystycznej.

Natomiast z przykrością zaznaczyć muszę, że najbardziej piekące sprawy Instytutu, jak nadanie Instytutowi praw uczelni akademickiej oraz przyznanie kredytów na jego budowę, mimo najlepszych widoków, dotychczas jeszcze nie mogły być definitywnie załatwione przez miarodajne czynniki. Starania jednak Władz Instytutu, trwające już od lat kilku, w każdym razie nie ustaną, aż do osiągnięcia celu, czego należy się spodziewać w ciągu najbliższych mesięcy.

Kolegjum profesorów postradało w roku sprawozdawczym jednego z najpoważniejszych swoich członków. Dnia 7 grudnia 1928 r. zmarł ś. p. Prof. Szymon Dzierzgowski — Wicedyrektor Państw. Inst. Dent. w latach akad. od 1924/25 do 1926/27.

W zmarłym nietylko Instytut stracił wielce zasłużonego profesora, ale również i świat naukowy uczonego wielkiej miary. Cześć Jego pamięci.

Władze Instytutu, mając na uwadze przyspożenie zawodowi jednostek zdolniejszych, do roku ak. 1928/29 przyjmowały na studja kandydatów zasadniczo drogą konkursu matur. Takie kwalifikowanie kandydatów, niestety, nie wydało oczekiwanych wyników, gdyż niejednokrotnie posiadacze dobrych matur nie wyróżnili się swojemi zdolnościami na terenie Instytutu.

Dlatego Rada Profesorów przyszła do wniosku, że skuteczniejszem będzie wprowadzenie egzaminu wstępnego dla osób, pragnących studjować w Instytucie, co też zapoczątkowane zostało od roku ak. 1929/30.

Posiedzeń: Rady Profesorów odbyło się w roku sprawozdawczym 9; Komisji Nostryfikacyjnej 7; Komisji Stypendjalnej 4; prócz tego zbierały się Komisje budżetowa, regulaminowa, egzaminacyjna i kilka innych.

W dniu dzisiejszym przypadło mi w udziale wręczenie dyplomów na stopień lekarza-dentysty Paniom absolwentkom i Panom absolwentom z roku ak. 1928/29.

Ogółem uzyskało prawo do otrzymania dyplomu 97 osób, w tem ukńoczyło Instytut z odznaczeniem osób 7, a mianowicie: Berhang Maryla, Gluza Wanda, Merklejn Marja Józefa, Nawarecka Janina Ludmiła, Prybe Helena Joanna, Skrzypińska Irena Franciszka, Wilkowska Antonina Helena.

Na poszczególnych kursach znajdowało się słuchaczy, jak następuje:

Na IV roku osób 100, w tem 3 nostryfikantów.

Przystąpiło do egzam. przed wakacjami — 99 osób.

Zdało wszystkie egzaminy przed wakacjami — 88 osób, w tem 2 nostryfik.

Po wakacjach uzupełniło egzaminy — 11 osób, w tem 1 nostryfik.

Ponadto przystąpiły do egzaminów w m. październiku 2 nostryfikantki, z których jedna zdała wszystkie egzaminy, drugiej zaś pozostał do zdania 1 egzamin.

Otrzymuje dyplomy w m. listopadzie 1929 r.:

Otrzymuje dyplomy w m. listopadzie 1929 r.:

93 absolwentów z r. ak. 1928/29

4 absolwentów z r. ak. 1927/28 po złożeniu egzam. z jęz. łacińskiego razem 97 absolwentów.

Otrzymało nostryfikację dyplomów 4 osoby.

Nie otrzymuje dyplomów z powodu warunku egzam. z łaciny 3 osoby.

Na III roku było 105 słuch.

Na II roku było 99 słuch.

Na I roku było 139 słuch.

Ogółem było w Instytucie 443 słuchaczy.

Działalność w roku sprawozdawczym poszczególnych oddziałów Państw. Inst. Dent. przedstawia się następująco:

Na Oddziale Chirurgji Stomatologicznej:

Program pracy był dyktowany dwoma względami. Skierować wszystkie siły współpracowników w kierunku pokrycia wydatków, spowodowanych utworzeniem z własnych funduszów oddziału kliniki dla leżących chorych oraz zdobycie pomocy naukowych, jakie są koniecznie potrzebne do należytego prowadzenia wykładów i ćwiczeń, a także do rozpoczęcia wydawania drukiem prac naukowych.

Dążenia zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem. Wytężona praca wszystkich pracowników oddziału, zarówno lekarskich, jak i nielekarskich dokonała tego, że przyjęto ogółem 11.967 pacjentów pierwszorazowych, w tem leżących chorych 255 osób.

Ilość wizyt — 13.434, operacyj wykonano 379.

Z wpływów klinicznych, wynoszących w obrocie ogólnym sumę, przekraczającą kwotę 100.000 zł, uzupełniono bibljotekę w takim stopniu, że należy dzisiaj z tej dziedziny do najobszerniejszych w całej Polsce.

Specjalny rodzaj nauki stomatologji chirurgicznej, tyczącej się tak ograniczonego miejsca, jakiem jest jama ustna, wymaga przygotowania specjalnych pomocy naukowych, przyczem wszelkie najnowsze zdobycze winny być wykorzystane. Idąc więc w tym kierunku, stworzono na oddziale własną wytwórnię filmu naukowego, aby móc demonstrować tak obrazy chorobowe schorzeń w jamie ustnej, jak zabiegi chirurgiczne, widoczne w czasie wykładu tylko dla niewielu, — na ekranie w powiększonych rozmiarach dostępne dla całego audytorjum równomiernie. W roku sprawozdawczym zdjęto 500 metrów filmu.

Pozatem wzbogacono zbiory, które mają być w przyszłości materjałem dowodowym dla pracy naukowej, dużą ilością odlewów, przyczem specjalnie zwrócono uwagę na pozyskanie odlewów twarzowych t. zw. „masek“.

Aby ułatwić i umożliwić zbieranie piśmiennictwa, cały personel lekarski jest zatrudniony spisywaniem indeksu prac z pism, abonowanych przez oddział.

Z grona pomocniczych sił naukowych był delegowany adjunkt — jako stypendysta Ministerstwa W. R. i O. P. — na zagraniczne studja roczne. Odbywał je — według złożonego sprawozdania — w Wiedniu i Berlinie, poznając się z metodami nauczania profesorów: Hansa Pichlera, Eiselsberga, Hermana Schrödera, Ernsta i doc.: B. Gottlieba, Petera i Münzesheimera; prócz tego brał udział w Zjeździe Stomatologów Austrackich.

Na Oddziale Dentystyki Zachowawczej:

Pierwszorazowych pacjentów przyjęto	— 9466
Powtórnych pacjentów przyjęto	— 21771
Zabiegów wykonano	— 35922
Plomb wykonano	— 6890
Roentgenogramów wykonano	— 1172

Pozatem studenci II roku mają po 4 godz. tyg. w ciągu 3-ch trim. wykładów teoretycznych i po 5 godz. ćwiczeń fantomowych. Studenci III i IV roku — po 3 godz. tyg. wykładów klinicznych i po 8 godz. tyg. ćwiczeń klinicznych, prócz tego studenci III roku korzystają z ćwiczeń praktycznych po 5 godz. tyg. w zakresie plombowania złotem porcelaną i wkładkami porcelanowemi (każde po jednym trymestrze). Studenci IV kursu w ciągu całego roku mają krótki kurs rentgenologji oraz ćwiczenia praktyczne z tej ostatniej.

W roku ak. 1928/29 P. Prof. Dr. med. H. Wilga ogłosił drukiem pracę p. t. Pomoc szczękowo-rannym na froncie (Kronika Dentystyczna) oraz podał do druku 2 prace p. t. „Uchylenia w rozwoju zębów stałych“ i „Najlepszy sposób leczenia zgorzeli w przeciętnych warunkach pracy codziennej“.

Lek.-dent. Ujejski Aleksander ogłosił następujące prace: 1) Ograniczenie stosowania koron pochewkowych, 2) Walkerit — jako materjał zastępczy kauczuku.

Dr. med. Szepelski Konrad ogłosił niżej wymienione prace: 1) Ogólna narkoza chlorkiem etylu w stomatologji, 2) O patogenezie t. zw. nadziąślaków i ich terapji, 3) Zarys rentgenologji i rentgenodjagnostyki stomatologicznej, 4) Rzadki przypadek retencji dolnych trzonowców.

Na Oddziale Techniki Dentystycznej:

Ogólna liczba wizyt	2043
Pierwszorazowych	968
Z leczenia korzystających	688
Protez kauczukowych wykonano	154
Zębów porcelanowych zużyto	1536
Zaczepek z kauczuku zużyto	165
Mostków wykonano	81
Ilość członów	326
Koron	185
Zębów ćwiekowych	35
Naprawek kauczukowych	233

Jeden ze st. asystentów Oddziału wyjeżdżał — jako stypendysta — na 6 miesięczne studja zagraniczne. Odbywał je w Niemczech w następujących miastach: Rostock, Bonn i Würzburg. Ponadto przyjmował udział w IV Zjeździe Lekarzy-Dentystów Niemieckich w Kolonji.

Na Oddziale Ortodoncji:

Ogólna liczba wizyt	3455
Pierwszorazowych	231
Z leczenia korzystających	123
Szyn przy złamaniu	4
Zatykadeł	6
Regulacyj	116

Kierownik Oddziału Orthodoncji P. Prof. M. Zeńczak, oprócz zarządzania swoją katedrą, prowadził w roku ubiegłym również — z powodu czasowego braku kierownika stałego — i Oddział Techniki Dentystycznej, za co w imieniu Rady Profesorów składam Mu podziękowanie.

Również należą się wyrazy uznania i podziękowania wszystkich PP. Kierownikom, Wykładającym oraz ich pomocnikom za całoroczną pracę pedagogiczną i dla dobra chorych oraz skierowaną ku rozwojowi Instytutu.

Praca kancelarji z roku na rok zwiększa się, w tym zaś roku była szczególna intensywna wskutek utworzenia Studenckiej Kasy Chorych oraz wprowadzenia i organizowania egzaminów wstępnych i rozległej korespondencji z Władzami w związku ze staraniami o objęcie Państw. Inst. Dent. ustawą ramową. Pomimo jednak uzyskania jednej nowej siły pomocniczej, obarczenie pracą kancelarji było bardzo znaczne i nieustające.

To też Dyrekcja podnosi z uznaniem zasługi urzędników Sekretarjatu i Kwestury przedewszystkiem P. Sekretarza Z. Groszewskiego i wyraża im serdeczne podziękowanie.

Pytania nadesłane i odpowiedzi Redakcji.

Na ogólne życzenie p. Czytelników otwiera Redakcja w bieżącym roku niniejszy dział i będzie odpowiadała na pytania do niej skierowane sama, lub też będzie umieszczała odpowiedzi nadsyłane przez Kolegów. Uwzględniane będą zapytywania z zakresu spraw, którym „Polska Stomatologja“ jest poświęcona, i które mają znaczenie ogólne. Pytania i odpowiedzi muszą być krótkie i zwięzłe i będą umieszczane wedle liczb porządkowych ich wpływów.

Pytania.

1. *Jak można najlepiej uzupełnić brakujący wielki sieczny górny ząb i który sposób jest kosmetycznie najlepszy?* *G.* Warszawa.

2. *Czy replantacja zębów jest rzeczą nowszą i gdzie można o tem obszerniej przeczytać?* *Dr. R.* w St.

3. *Pacjent skarży się na nieprzyjemny metaliczny smak w ustach rzekomo po osadzeniu przezemnie 5-członowego złotego mostka i twierdzi, że poprzednio takiego smaku nie miał. Czy jest to możliwem i na czem to polega?* *Dr. M.* Poznań.

4. *Czem można zastąpić szczoteczkę da zębów w normalnych warunkach w jamie ustnej i czy należy polecać pacjentowi używanie szczoteczek?* *Dr. N.* Lwów.

Odpowiedzi

1) **Uzupełnienie braku wielkiego zęba siecznego górnego.** Należy przedewszystkiem uwzględnić okolicę przyzębną i czy zęby obok brakującego zęba są żywe lub nie. Uzupełnienie na 2 filarach jest najpewniejsze. O ile zęby ćwiekowe systemu Richmonda nie wchodzą w rachubę, to dwie półkorony z platynowego złota, względnie korony fornirowane ewentualnie także w połączeniu z inleyami są najodpowiedniejszem rozwiązaniem. Również dobrą jest półkorona, zęby ćwiekowe systemu Richmonda lub pininlay na wielkim zębie siecznym, a w małym siecznym osobno wypełnienie złote lub porcelanowe, o które jest oparte skrzydełko wychodzące z dostawionego zęba. To wypełnienie może mieć ewentualnie rowek, w które wchodzi trzpień wychodzący z dostawionego zęba. Niedopuszczalnem jest osadzenie brakującego zęba na długim trzonie, wychodzącym z mostka względnie koron bocznych zębów. Kosmetycznie najlepiej wygląda zastosowanie korony Jacketa, ale wykonanie jest ze względu na trudne dostosowanie równej topliwości porcelany przy koronie i uzupełnieniu bardzo trudne.

2) W średniowieczu wykonywano już **replantację zębów** bez poprzedniego usunięcia miazgi i wypełnienia przewodów, w nowszych czasach zaczęli ją wykonywać Francuzi, a Fauchard, ojciec naukowej dentystyki, opisał ją dokładniej w r. 1786. Implantacja natomiast jest rzeczą nowszą. Obecnie stosuje się replentację tylko sporadycznie. Dokładnie z podaniem literatury opisał ją Scheff w swoim: Handbuch der Zahnheilkunde II Band, 1924, Tempsky-Verlag Wiedeń.

3) **Metaliczny smak w ustach** polega najprawdopodobniej na powstawaniu prądów elektrycznych, gdzie jedną elektrodą może być wypełnienie almaganowe lub nieszlachetny metal w ustach, a drugą elektrodą osadzony złoty mostek lub korona złota. Prądy elektryczne mogą też powstać gdzie jedną elektrodą jest złoty mostek, względnie złota płytka a drugą cynowy widelec, względnie łyżka i zależy głównie od kwasoty śliny. Artykuł na ten temat z podaniem literatury znajduje się w Nr. 47 Z. Rundschau z r. 1929, względnie streszczenie tegoż artykułu w Wiadomościach Lekarskich Nr. 1 z r. 1930.

4) **Sprawa szczoteczki do zębów** jest dotychczas jeszcze nie rozwiązana. Intenzywne żucie, twardy i grubo ziarnisty pokarm, odgryzanie owoców, surowej marchwi, rzodkiewek, brukwi czyszczą mechanicznie najlepiej zęby, wzmacniają zarazem ich podłoże i pobudzają szczęki do ich rozwoju. Długotrwałe przepłukiwanie ust, trwające 1—2 minut, szczególnie przed spaniem i usuwanie resztek pokarmów z przestrzeni międzyzębowych ostrą wykłówaczką lub woskowym jedwabiem, może najzupełniej zastąpić szczoteczkę do zębów. Przyrząd do przepłukiwania ust może sobie każdy zaimprowizować — może być podobny do rozpylacza, gdzie zapomocą gumowego balonika prąd powietrza wyrzuca silny strumień wody (z mentolem lub jakimś olejkiem) i przepłukuje przestrzenie międzyzębowe. Podobny aparat pod nazwiskiem „Guni" można dostać u firmy Denicke-Becker, Halle a S. Martinsberg w cenie 9 mk. Dla szerszych jednak mas polecam na razie dobrze skonstruowane szczoteczki i daję wyraźne wskazówki jak i kiedy je należy używać.

Dr. Brill — Lwów.

II. Wykaz Członków Organizacji Lekarzy-Dentystów, należących do Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I. *).

Lista Członków Związku Zawodowego Lekarzy-Dentystów Chrześcijan w Warszawie.

1. Aczkowska-Nowacka, Koszykowa 25.
1a. Barylski S. Dr., Wilcza 33.
2. Bielawski A., Żórawia 15.
3. Bitny-Szlachto Leonja, Nowogrodzka 34, m. 12.
4. Blikle Stanisław, Chmielna 20.
5. Bruner Teodor, Wspólna 36.
6. Biernacka Władysława, Szpitalna 4, m. 20.
7. Barbulant Władysława, Marszałkowska 90, m. 9.
8. Bachański Feliks, Żórawia 45, m. 17.
9. Bojanowska Zofja, Marjańska 1, (Kasa Chorych).
10. Brzezińska Gustawa, Sienna 87.
11. Banasiński Zygmunt, Marszałkowska 38.
12. Brudnicka Stanisława, Ogrodowa 23.
13. Cetnarowicz-Surzycka Irena, Hoża 19, m. 5.
14. Cydzik-Krzyżanowska, Wspólna 49.
15. Chałasińska - Bitergowa, Pruszków, dom Woźniaka.
15a. Cybulska W., Sienna 21.
16. Cygański Adam, Sienna 21, m. 13.
17. Chądzyńska, Widok 17.
18. Chądzyński Stanisław, Chłodna 24, m. 3.
18a. Cholewiński, Wspólna 75.
19. Dunin-Brzezińska Janina, Nowogrodzka 25.
20. Dobko-Dobkowicz Jaxa, Krucza 8, m. 1.
21. Demidowicz-Demidecka Janina, Hoża 14, m. 3.
22. Dziewulska Alina, Budowlana 1.
23. Dutkowska Marja, Wronia 64, m. 2.
23a. Gadzyńska Bronisława, Wilcza 13.
24. Goldberg-Górski, Marszałkowska 95.
25. Grodzicka Jadwiga, Ząbkowska 8, m. 24, (Praga).
26. Guranowska, Nowy Świat 46.
27. Gutowski Józef, Foksal 18.
28. Gutkowska H., Wspólna 34.
28a. Gutzman Z., Chmielna 15.
29. Gutkowska M., Wspólna 34.
30. Głuszkowski, Al. Jerozolimska 27.
31. Godycka, Ks. Skorupki 6.
32. Grosse, Al. Jerozolimska 39
33. Gąsiorowska Alicja, Hortensja 5.
34. Grzestowa Marja, Jabłonna, ul. Legjonowa — bud. 11.
35. Hagmajer Marja, Targowa 44, (Praga).
36. Brzesko Leontyna, kol. Staszyca, Uniwersytecka 1.
37. Hejdukowska - Sadkowska, Sosnowa 13, m. 2.
38. Henschel - Chrystowska Paulina, Smolna 12, m. 5.
39. Hrynkiewicz-Godlewska, Korzeniowskiego 4, m. 4. Kolonja Lubeckiego.
40. Jarzębińska, Żórawia 38.
41. Jeżewska H., Wspólna 44.
42. Jurewicz, Nowogrodzka 42, m. 17.
43. Jagniątkowska Ficka, Al. Jerozolimska 21, m. 8.
44. Jeglińska Marja, Grzybowska 57, m. 17.
45. Kaczyński W., Chmielna 35.
46. Klimkiewicz J., Chmielna 30.
47. Krzywicka Wanda, Ordynacka 13.
48. Kwiatuszyńska M., Chmielna 80.
49. Korach, Nowogrodzka 33.
49a. Kozłowska-Zejdlerowa, Piękna 43.
50. Kratkowa Eugenja, Krucza 10, m. 34.
51. Kozłowska-Polkowska, Niecała 10.
52. Konieczek Jan, Zielna 13.
53. Kozłowski Michał, Wspólna 26.
54. Kellerman, Królewska 6.
55. Kamieński Bronisław, Święto-Krzyska 13.
56. Lubodziecki Henryk, Hoża 23.
57. Lemańska - Lilpopowa, Nowogrodzka 33.
58. Łaniewski Aleksander, Puławska 14, (Mokotów).
59. Leszczyński, Trębacka 4.
60. Laskowska Tekla, Żórawia 47, m. 4.
61. Larysowa Janina, Wileńska 59, m. 29.
62. Lechowska Ludwika, Chłodna 68.
63. Mokrzycki Antoni, Kredytowa 16.
64. Makowski Kazimierz, Wspólna 45.
65. Majewska-Starzewska M., Ks. Skorupki 14.
66. Motz-Porazińska, Szpitalna 7.

---

*) I. wykaz umieszczony jest w „Polskiej Dentystyce“ 1929/4 str. 221.

67. Markus - Gierzyńska Karolina, Nalewki 4.
68. Mickiewicz Halina, Tamka 38.
69. Matys Natalja, Wspólna 40, m. 2.
70. Makowska Helena, Wspólna 16.
71. Mścichowska Julja, Hoża 47, m. 22.
72. Maleszewska Wanda, Sienna 87, (Internat).
72a. Metakiewicz F., Kościelna 12.
72b. Miszowska, Mochnackiego 15.
73. Niemczewska, Lwowska 6.
74. Niedzielska Felicja, Żórawia 34, m. 12.
75. Niezgodzińska, Trębacka 3, m. 6.
76. Oppenheym Ignacy, Nowomiodowa 2.
77. Orłowska Marja, Żórawia 10, m. 5.
78. Optałowicz-Raczunas, Nowy-Świat 54.
79. Oster Marja, Wilcza 25-a, m. 17.
80. Otocka-Laskowska, Mokotowska 8, m. 10.
81. Parczewska Fr., Hoża 25.
82. Perliński Wiktor, Żórawia 47, m. 4.
83. Przybylski Jan, Warecka 11.
84. Pęśkówna, Wilcza 54.
85. Plisowska, Marszałkowska 40, m. 5.
86. Przybylska Zofja, Polna 70, m. 1-a.
87. Pietrzykowska Antonina, Żórawia 30.
88. Paszkowska - Butlerowa, Poznańska 14.
89. Puławska, Tamka 21.
90. Prymakowa, Al. Ujazdowska 39, m. 6.
91. Panufnik Antoni, Wileńska 41.
92. Piekarska Natalja, Modlin, ul. Obwodowa 4.
93. Prybówna Helena, Łódź, ul. Lipowa 68.
94. Rytel Wanda, Nowogrodzka 18-a.
95. Renkowska Marja, Wspólna 54-a.
95a. Różycki A., Szeroka 33.
96. Szottowa Stanisława, Nowy-Świat 53.
97. Sierakowska - Rybkowa, Marszałkowska 109.
98. Sieczkowska Z., Mokotowska 19.
99. Siemaszko-Szpindler J., Mianowskiego 16., Kol. Staszyca.
99a. Składkowska K., Polna 66.
100. Stokowski Aleksander, Nowosenatorska 8.
101. Sołomonowicz M., Krucza 47 a.
102. Szpikowska, Nowogrodzka 28.
103. Smosarska-Harabaszewska, Hoża 22.
104. Szukiewicz, Wilcza 14 a.
105. Stempniewicz Fr., Marszałkowska 109.
106. Staniszewska Wanda, Wspólna 64, m. 7.
107. Siedlecki Jan, Żelazna 26.
108. Siekierzyński Edward, Cicha 8.
109. Stęplewska Marja, Mirowska 1, m. 46.
110. Świostkówna-Orłowska, Zielna 23.
111. Stępniewska, Nowowiejska 43.
112. Strzelbicka Wanda, Daleka 7, m. 31.
113. Słojewska Janina, Filtrowa 68.
114. Siemaszko - Kawałkowska Nina, Al. Ujazdowska 1—3 bud. 6.
115. Szarba Olga, Łowicka 42, (Mokotów).
116. Szletycki Mieczysław, Złota 25.
117. Sankowska Zofja, Chmielna 64.
118. Tomaszewska, Sienna 19, m. 2.
119. Trzaskowska - Grzebalska, Wspólna 60, m. 13.
120. Urbańska-Filipowiczowa Zofja, Poznańska 17, m. 11.
121. Usakiewicz-Pawłowska, Marszałkowska 47, m. 19.
121a. Uspieńska, Wspólna 37.
122. Wolski Zygmunt, Święto-Krzyska 6.
123. Wdziękoński Jan, Bracka 4.
124. Welmanówna, Szopena 16.
125. Wojciechowska - Podlewska, Wspólna 66.
126. Walicki Leon, Al. Ujazdowska 30.
127. Wiśniewski Franciszek, Grójecka 4. Ambulatorjum Kolej.
128. Wincze Marja, Chmielna 71.
129. Wojtkiewicz, Oboźna 11.
130. Wiśniewska Wanda, Kapucyńska 7, m. 5.
131. Winiarska Marja, Czarneckiego 30, (Żolibórz).
132. Zaborowski H., Nowy-Świat 47.
133. Zakrzewski Piotr, Złota 3.
133a. Zakrzewski M., Aleja Schucha 8.
134. Żegański, Marszałkowska 120.
135. Życzkowski, Nowy-Świat 36.
136. Zieleniewska-Cichocka, Wspólna 32.
137. Żórawska-Tyszyńska, Praga — Kasa Chorych.
138. Zawadzki Aleksander, Zielna 7.
139. Zeńczak Marjan Dr., Marszałkowska 40, m. 5.
140. Zyskowska Lidja, Wolska 19, m. 9.
141. Zalewska - Bijatowa, Chmielna 48, m. 5.
142. Zbyszyńska Stanisława, St. Senatorska 35.
143. Żebrowska Halina, Żórawia 15, m. 11.
144. Żebrowska-Garwacka, Radna 4.

Członkowie, zamieszkali poza obrębem Warszawy.

145. Arciszewska Julja, Bydgoszcz, ul. Ś-ej Trójcy 15.
146. Brudzicka Stanisława, Żychlin Z. Warszaw. Cukrownia Dobrzelin.
147. Bitny Szlachta Marja, Sosnowiec, ul. Małachowskiego 16.
148. Blechman, Bydgoszcz, ul. Grunwaldzka 25. Kasa Chorych.
149. Bochuszewicz Czesław, Wilno Zamkowa 26, Hotel Bristol.
150. Balicka Marja, Tłuszcz, ul. Pocztowa 7.
151. Cichońska Prudelska Irena, Dąbrowa Górn. ul. Sobieskiego 11.
152. Czajkiewicz Helena, Zamość, Lubelskie Przedm. 3.
153. Ceysinger, Poznań Kasa Chorych.
154. Czubalska Helena, Strzemieszyce, ul. Warszawska 50.
155. Drożyńska Alicja, Lublin, Szpitalna 10.
156. Gorczyński Eugenjusz, Kowel na Wołyniu, Warszawska 25.
157. Soble Stanisław, Piaseczno, Sienkiewicza 6.
158. Hagmajer Aniela, Milanówek ul. Ks. Skargi.
159. Jaczewski, Chełm Lubelski, Reformacka 35.
160. Jezierska Bronisława, Lipno, Nowy Rynek 20.
161. Kołodziejski, Sieradz.
162. Klotz Rozalja, Łapy, ul. Główna.
163. Kownacka Kraińska, Piastów, ul. Bohaterów Wolności.
164. Kozłowska Marja, Poznań, ul. Słowackiego 20.
165. Lotyńska Eugenja, Dęblin, Szpital Wojskowy.
166. Majczyńska Julja, Włocławek, Brzeska 16.
168. Maciejowska Stanisława, Suwałki, Ogrodowa 13.
169. Miszewska, Kolno, woj. Białostockie.
170. Malinowska Marja, Piotrków, Sienkiewicza 4.
171. Miecznikowska Jarczewska Janina, Mława, Reymonta 7.
172. Madalińska Stanisława, Kolno, Rynek Kościelny.
173. Nowakowska Henryka, Żyrardów, Kolejowa 5.
174. Porembiński Ryszard, Kielce, Sienkiewicza 37.
175. Riedel, Sandomierz, Gołębicka 1.
176. Ronbianka, Jaworzno woj. Krak. Amb. Kasy Chorych.
177. Romańska Stanisława, Pińsk, Kościuszki 31.
178. Skąpska, Zakopane, Sanat. Czerwonego Krzyża.
179. Bielawska Marja, Mianocice Książ, W. Z. Kielecka.
180. Sulkowska Kulesza J., Wysokie Mazowieckie, woj. Białostockie.
181. Stępniewska Zofja, Pabjanice, Zamkowa 37, u. P. Chmielewskich.
182. Syska Bronisława, Toruń, Prosta 26.
183. Wismontówna Lida, Ziemia Wileńska.
184. Zoller Merkerlowa, Pabjanice, Gdańska 6.
185. Zeńczak Helena, Krzemieniec, Zaułek Bersera 1.
186. Żółkowska Choroszuchowa, Gucin — Jabłonna Legjonowa.

Razem 197 członków.

Kalendarz zjazdowy.

1930 Sierpień: Pierwszy tydzień: Doroczne zebranie F. D. I. Bruksela.
Wrzesień: Międzynarodowy Zjazd stomatologiczny w Wenecji.

1931 Czerwiec: W Zielone święta lub święto Piotra i Pawła: **V. Polski Zjazd stomatologiczny we Lwowie.**
Sierpień: Pierwszy tydzień: **VIII. Międzynarodowy Zjazd dentystyczny, zorganizowany przez F. D. I. w Paryżu.**
Wrzesień: Międzynarodowy Zjazd stomatologiczny A. S. I. z okazji 300-letniego jubileuszu Uniwersytetu w Budapeszcie.

KOMITET REDAKCYJNY: Prof. Cieszyński. przew. — Ze Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej: Dr. Allerhand, Dr. Atlas, Dr. Brill, Dr. Gorczyński — Z Instyt. dent. U.J.K.: Dr.A. Bardaszówna—Członkowie korespondenci: Lek.-Dent. Józef Jarząb, zast. prof. (Poznań), Dr. Lippel (Wiedeń), Prof. H. Pichler (Wiedeń), Dr. Władysława Skuterka (Poznań), Dr. Marjan Zeńczak, zast. prof. (Warszawa).
WYDAWCA: **Prof. Dr. A. Cieszyński i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lek.**

Przegląd piśmiennictwa.

MISCH. FORTSCHRITTE D. ZAHNHEILKUNDE. TOM V. 1929.

Nr. 1.

Bluntschli i S. Schreiber. Anatomja.
W. Fischer. Patologja ogólna i anatomja patologiczna.
Schmidt. Chirurgja ogólna.
G. Fischer. Znieczulenie miejscowe.
Hauberisser. Uśpienie.

Nr. 2.

Reinmöller. Nauka o narzędziach, aseptyka i antyseptyka.
Heinroth. Kliniczne metody badania.
Moral. Szczegółowa patologja jamy ustnej.
Loos. Chirurgja jamy ustnej.

Nr. 3.

Rosenthal. Patologja i terapja stawu szczękowego.
Partsch. Patologja i terapja ślinianek.
Hesse. Błędy w chirurgji dentystycznej.
Sicher. Histologja.

Nr. 4.

Siegmund. Histologja patologiczna.
Münch. Histologja patologiczna zębów.
Kranz. Wewnętrzne wydzielanie.
Gins. Biologja, bakterjologja, serologja.
Türkheim. Badania nad próchnicą

Nr. 5.

Praeger. Schorzenia miazgi.
Feiler. Schorzenia ozębnej szczytowej.
Gottlieb. Ropotok zębodołowy i zanik wyrostka zębodołowego.
Müller. Patologja i terapja rozchwiania zębów.

Nr. 6.

Weber. Wypełnienia i metody wypełniań.
Müller. Metody wypełniania korzeni.
Misch. Społeczna higjena dentystyczna.

Nr. 7.

Greve. Nauka o środkach leczniczych i toksykologja.
Hauberisser. Roentgenologja i jej błędy.
Blessing i Weissenfels. Terapja promienista, świetlna i elektryczna.
Krüger. Fizjologja.
Reinwein. Fizjologja patologiczna.
Türkheim. Chemja fizjologiczna.

Nr. 8.

Hentze. Zapalenia błony śluzowej jamy ustnej.
Misch. Zawodowe uszkodzenia jamy ustnej.
Hilgers. Higjena ogólna.
Herrenknecht i Schneidt. Higjena jamy ustnej.
Balters. Psychotechnika.
Schultz. Psychoterapja.

Nr. 9.

Schwarz. Antropologja.
Orbán. Historja rozwoju i histogeneza.
Wustrow. Etjologja nieprawidłowości w ortodoncji.
Korkhaus. Rozpoznawanie w ortodoncji.
Tryfus. Leczenie w ortodoncji.

Nr. 10.

Herbst. Błędy w ortodoncji.
Meder i Reichenbach. Ortopedyczno-protetyczne sposoby usunięcia zaburzeń mowy.
Liebman. Zaburzenia mowy.
Schoenbeck. Nauka o materjałach używanych w dentystyce.
Wannenmacher. Nauka o materjałach.
Wustrow. Protetyka płytek.

Nr. 11.

Fritsch. Korony zwykłe.
Klughardt. Mostki.
Köhler. Błędy w technice dentystycznej.
Pichler. Resekcja szczęki, plastyka i proteza.
Rosenthal. Patologja i terapja ubytków podniebienia.
Moral i Schlampp. Złamania szczęk.

Nr. 12.

Eisser. Kwestja prawa cywilnego w praktyce dentystycznej.
Mirbt. Kwestje prawne w praktyce dentystycznej.
Misch. Stomatologja sądowa.
Tholuck. Higjena szkolna jamy ustnej.
Lejeune. Historja dentystyki.